

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Promoção da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas
de vida

Leonor Parente Carvalhido



Viana do Castelo, outubro de 2018

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Promoção da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas
de vida

Relatório apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para obtenção
de Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao abrigo do
Despacho N.º 345/2012 do DR, 2.ª série N.º 8 de 11 de janeiro de 2012

Leonor Parente Carvalhido

Orientadora: Maria Augusta Moreno Delgado da Torre

Especialista na Área Científica de Enfermagem

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



Viana do Castelo, outubro de 2018

Carvalhido, L. P. (2018) - *Relatório de Estágio de Natureza Profissional: promoção da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida*. Viana do Castelo: Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Descritores: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PARENTALIDADE; VINCULAÇÃO; RECÉM-NASCIDO

Aos meus pais,
por estarem sempre aqui, pelo incentivo, pela compreensão por tantos “não posso” e
por... ACREDITAREM!.

Agradecimentos

O meu obrigado,

Aos meus pais, pela ajuda incondicional e pela rede que formaram.

À Professora Augusta Torre, pelo incentivo e, acima de tudo, disponibilidade ao longo de todo o processo académico.

Às Enfermeiras Manuela Sousa e Marlene Campos, pelo carinho, apoio, exigência e rigor nos momentos de aprendizagem que me foram proporcionados, e à restante equipa do serviço de Obstetrícia, pela integração e disponibilidade durante o Estágio de Natureza Profissional.

A todos os pais que aceitaram participar neste estudo, sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pelo companheirismo, ajuda e compreensão.

*Para nós, os grandes homens não são aqueles que resolveram os problemas, mas
aqueles que os descobriram.*

Albert Schweitzer

Índice

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E	
OBSTETRÍCIA: DA FORMAÇÃO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	21
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	23
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE	
ENFERMAGEM: TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS	27
3. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E	
OBSTÉTRICA: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	31
3.1. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à grávida de	
risco inserida na família e comunidade em período de internamento	31
3.2. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à	
parturiente inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	38
3.3. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-	
nascido.....	47
PARTE II - COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO PROMOTORAS DA	
VINCULAÇÃO PAI - FILHO: UMA INTERVENÇÃO EM CUIDADOS	
ESPECIALIZADOS	51
1. VINCULAÇÃO, UM FOCO DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM.....	53
1.1. Transição para a parentalidade e paternidade	53
1.2. Vinculação	54
1.3. Competências do recém-nascido favorecedoras da vinculação	56
1.4. Promoção da vinculação pai/recém-nascido: a intervenção do Enfermeiro	
Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia	62
2. PERCURSO METODOLÓGICO DA INTERVENÇÃO.....	65
2.1. Problemática, justificação e objetivos da intervenção.....	65
2.2. Participantes	66
2.3. Procedimento da intervenção.....	67
2.4. Instrumento e método de colheita de dados	67
2.5. Apresentação, análise e discussão dos resultados	68
2.6. Conclusões, limitações e recomendações	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

Índice de Anexos

ANEXOS	LXXXIX
Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da ULSAM.....	XCI

Índice de Apêndices

APÊNDICES	XCIII
Apêndice A – Consentimento Informado	XCV
Apêndice B – Guião da Entrevista Semiestruturada	XCVII
Apêndice C – Pedido de autorização Comissão de Ética	CI
Apêndice D - Matriz da redução dos dados	CIII

Resumo

Introdução: O Estágio de Natureza Profissional envolveu a assistência especializada à mulher/família no período pré-natal e nascimento, com destaque para a promoção da vinculação precoce pai e recém-nascido. O processo de enfermagem e a teoria das transições de Meleis sustentaram esta prática de cuidados.

Objetivos: Desenvolver competências para o exercício profissional especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia; corresponder às necessidades pessoais e institucionais, validando-as através do diagnóstico de situação, de forma a contribuir para a mudança/inação da prática de cuidados; promover a vinculação precoce pai – recém-nascido com reconhecimento das competências do recém-nascido, contribuindo para a promoção da transição para a parentalidade.

Metodologia: Prestação de cuidados à mulher e família com base no modelo teórico da transição para a parentalidade na presença de patologia materno-fetal, durante o trabalho de parto e parto, em contexto hospitalar. Intervenção dirigida a nove pais, no sentido de promover o conhecimento e posterior reconhecimento das competências do recém-nascido promotoras da vinculação precoce nas primeiras horas de vida.

Resultados: Os objetivos de estágio referentes ao desenvolvimento de competências especializadas em saúde materna e obstetrícia foram atingidos, através das experiências proporcionadas. Com a intervenção constatou-se que os pais apresentavam déficit de conhecimento relativamente às estratégias promotoras da vinculação precoce; após o nascimento, demonstravam maior conhecimento sobre competências do recém-nascido e promotores de vinculação.

Conclusões: O cuidado especializado à mulher e família requer um conjunto de competências técnico-científicas, cognitivas, relacionais e socioculturais que facultem a autonomia e a tomada de decisão nesta área. Considera-se que o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na promoção da vinculação precoce, sendo que esta intervenção deverá iniciar-se no pré-natal de forma a contribuir para o bem-estar da tríade.

Descritores: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PARENTALIDADE; VINCULAÇÃO; RECÉM-NASCIDO.

Abstract

Introduction: The professional traineeship concealed the specialized assistance on women and families throughout their vital cycle, with an emphasis towards early attachment. The nursing process and Meleis's Theory of Transition supported the care practice.

Objectives: To develop competences for the professional practice specialized in maternal health and obstetrics nursing; to correspond to personal and institutional needs, validating them through diagnosis of the situation, as a way to contribute to the adjustment /innovation in the care practice; to promote an early parents-child attachment, contributing towards the promotion of parenthood transition.

Methodology: Giving healthcare to women and families based on the theoretical model of transition to parenthood in the presence of maternal-fetal pathologies, during labor and hospital labor. Targeted intervention to nine fathers to promote knowledge about newborn competencies and early attachment at first hours of life of the newborn.

Results: The objectives of the internship regarding the development of competences specialized in maternal healthcare and obstetrics have been achieved through the experiences provided across the different healthcare contexts. The fathers have deficits at strategies promoting an early attachment; after birth, they showed that acquired knowledge about newborn competencies that promote early attachment.

Conclusions: Healthcare focused in women and families calls for a set of technical-scientific, cognitive, relational and sociocultural competences that enable autonomy and decision-making process in this area. One considers that specialized nurses play a determinant role in the promotion of early attachment and that such intervention must begin in the prenatal to contribute towards the wellbeing of the triad.

Descriptors: OBSTETRIC NURSING, FATHERHOOD, ATTACHMENT, NEWBORN.

Siglas e acrónimos

CHAM – Centro Hospitalar do Alto Minho

CTG – Cardiotocografia

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral Saúde

DPPNI – Descolamento Precoce Placenta Normalmente Inserida

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

ENP – Estágio de Natureza Profissional

IHAB – Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

REM – Rotura espontânea de membranas

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente relatório de estágio de natureza profissional surge integrado no programa da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional, do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde, de Viana do Castelo do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança. A realização deste relatório serve de resumo do percurso desenvolvido ao longo do estágio.

Perante as opções metodológicas, decidiu-se enveredar pelo Estágio de Natureza Profissional (ENP), tendo este decorrido no período compreendido entre junho e dezembro de 2017, nos serviços de Internamento de Grávidas de Risco e no Bloco de Partos, da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, para aquisição de competências fundamentais na vigilância, planeamento, intervenção e interdependência dos cuidados a prestar à parturiente/pai/família durante o trabalho de parto (TP), no sentido de se efetuar o parto num ambiente seguro e otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina.

A prática de cuidados foi sustentada pelo modelo teórico de Meleis; a teoria das transições. O mesmo refere que as transições são acontecimentos que ocorrem ao longo do ciclo vital e podem causar desequilíbrios no quotidiano da pessoa, exigindo-lhe uma adaptação a essa nova situação (Meleis *et al.*, 2000). De acordo com as autoras citadas, a transição para a parentalidade é um processo de transformação individual, conjugal e social, através do qual, os pais redefinem a sua identidade parental, desenvolvendo competências para lidar com as necessidades de saúde/doença que ocorrem na vida da criança.

Ao longo do primeiro e segundo estágios de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, constatou-se que os pais não conhecem/identificam as competências dos seus recém-nascidos. Tal facto, despertou a necessidade de querer desvelar a noção que os pais têm acerca das competências do recém-nascido. A escolha da temática relacionada com as competências do recém-nascido surge na perspetiva de compreender a *Promoção da vinculação pai - recém-nascidos nas primeiras horas de vida*.

Segundo Fortin (1999), todos os enfermeiros, qualquer que seja a sua formação, têm a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos na disciplina de enfermagem, utilizando a investigação em enfermagem que encontra na ética o sustento da sua existência e servindo-se da evidência científica na prática de cuidados.

De facto, a necessidade de demonstrar à comunidade científica que os enfermeiros tomam decisões diferentes dos outros profissionais faz emergir essa responsabilidade.

Assim, a prestação de cuidados de enfermagem especializados visa o desenvolvimento de competências específicas de forma a dar respostas às necessidades da mulher inserida na família e comunidade, em idade reprodutiva. Neste sentido, foram propostos os seguintes objetivos académicos:

- Assegurar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, sensíveis à obtenção de ganhos em saúde, nas situações de saúde e/ou doença, na vigilância pré-natal (gravidez normal e de risco)
- Assegurar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, sensíveis à obtenção de ganhos em saúde, nas situações de trabalho de parto;
- Assegurar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, sensíveis à obtenção de ganhos em saúde, na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Promover a vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida.

De salientar que, na realização deste estágio, pretendeu-se aprofundar os conhecimentos e práticas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), com vista à melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem a nível da saúde materna e obstétrica, principalmente no que concerne ao favorecimento da transição para a parentalidade, nomeadamente na vinculação precoce pai e recém-nascido nas primeiras horas de vida, no período de estadia na maternidade.

Este relatório está estruturado em duas partes. Na primeira, é apresentada a caracterização do contexto relativo ao ENP, a descrição das atividades relacionadas com a prestação direta de cuidados especializados, especificamente a prestação e a gestão de cuidados à mulher grávida/parturiente/convivente significativo, nos quatro estadios do trabalho de parto, e a prestação e a gestão de cuidados imediatos ao recém-nascido (RN). Na segunda parte, é descrita a intervenção desenvolvida relativamente à promoção da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida, com o enquadramento teórico, o percurso metodológico da intervenção, a apresentação e a discussão dos resultados e respetivas conclusões e recomendações.

Por fim, em considerações finais, é apresentada a análise crítica dos aspetos relevantes e do desenvolvimento de competências durante o ENP.

Parte I

Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia: da formação à prestação de cuidados

A realização do presente Estágio de Natureza Profissional (ENP) permitiu adquirir competências científicas, técnicas, relacionais, humanas e culturais na prestação de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), a todos os níveis de prevenção, visando a demonstração de comportamentos e capacidades adequadas para o desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia (EESMOG).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, presente no Diário da República, 2.^a série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica cuida da mulher ao longo do ciclo vital, no sentido de potenciar a sua saúde.

Tendo presente este requisito, nesta etapa da formação, optou-se pela realização do ENP no internamento de grávidas de risco e no bloco de partos, em contexto de práticas de cuidados especializados à mulher, inserida na família e comunidade, durante a gravidez em situação de patologia ou complicação e durante o trabalho de parto.

Posteriormente, segue-se a caracterização do contexto do ENP, a abordagem dos pressupostos da prática de cuidados especializados e a prestação de cuidados realizado durante o período de estágio.

1. Caracterização do contexto de estágio

O ENP decorreu no Hospital de Santa Luzia, unidade de saúde integrada na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE), no serviço de obstetrícia, especificamente nos serviços de internamento de grávidas de risco e no bloco de partos.

De acordo com o Decreto-Lei nº 183/2008, de 04 de Setembro, surge a ULSAM, posteriormente retificado pelo Decreto-Lei nº 12/2009, de 12 de Janeiro, que passou a integrar o Centro Hospitalar do Alto Minho EPE (CHAM) e os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

A principal missão da ULSAM centra-se na identificação das necessidades de saúde da população da sua área de abrangência, através da prestação de cuidados de saúde com distintos padrões de qualidade, no desempenho técnico-científico e na eficácia e na eficiência de gestão dos recursos.

A ULSAM é composta pelo Hospital de Santa Luzia, anteriormente denominado por Centro Hospitalar do Alto Minho – CHAM (Viana do Castelo), Hospital Conde de Bertiandos (Ponte de Lima), várias unidades de saúde familiares, unidades de cuidados de saúde personalizados e unidades de convalescença. A ULSAM é estruturada por vários departamentos, estando o serviço de obstetrícia integrado no departamento da mulher e da criança, bem como os serviços de ginecologia, pediatria e neonatologia.

O serviço de obstetrícia é composto pela consulta de obstetrícia, pelo serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, pelo internamento de grávidas de risco e de termo, pelo bloco de partos e pelo internamento do puerpério.

A missão do serviço de obstetrícia visa garantir a qualidade na vigilância da grávida, do recém-nascido e lactente e prestar cuidados de saúde eficazes, seguros e apropriados à criança, adolescente, jovem e mulher adulta, através de uma equipa de profissionais qualificados, com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença.

A admissão da grávida é feita pelo serviço de urgência geral, onde é submetida à triagem de Manchester e, posteriormente, encaminhada para o serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia. Após a avaliação feita pela equipa de obstetrícia, a grávida pode ser encaminhada para o bloco de partos, para o serviço de internamento de grávidas de risco ou ter alta, dependendo da fase do trabalho de parto, patologia ou queixa que motivou a vinda à urgência.

O bloco de partos é constituído por seis unidades, onde se prestam cuidados individualizados à parturiente/convivente significativo, durante o trabalho de parto e parto, uma sala de relaxamento, uma sala de reanimação do RN, uma sala de trabalho de enfermagem e outras divisões de apoio e gestão dos cuidados.

O internamento de grávidas de risco é composto por sete quartos com dez camas, onde se prestam cuidados individualizados à grávida/convivente significativo, durante o período de internamento, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de medicação e outras divisões de apoio e gestão dos cuidados.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, vinte e oito enfermeiras especialistas de SMO, das quais, três são colaboradoras, a tempo parcial, oriundas das Unidades de Saúde Familiares (USF) e por dez enfermeiros de cuidados gerais, que prestam cuidados no internamento de puerpério e, pontualmente, no serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia. A equipa médica é constituída por dezasseis médicos fixos, especialistas em obstetrícia/ginecologia, dos quais um é diretor do serviço, quatro médicos

especialistas em obstetrícia/ginecologia, que fazem apenas serviço de urgência e por sete médicos internos da especialidade.

A metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem é o método individual de cuidados. Para Parreira (2005), este método é vantajoso porque favorece a relação enfermeiro/utente, permitindo a conceção do mesmo sob o ponto de vista holístico; fomentar a criatividade; aumentar a responsabilidade do enfermeiro e a sua capacidade de decisão. No entanto, este método pode levar à diferenciação na prestação de cuidados, uma vez que somos seres únicos e pessoais, com possíveis níveis de conhecimentos diferentes, o que requer uma maior dotação de pessoal. Isto é, devido à individualização dos cuidados, é feita uma melhor identificação das necessidades e ajustar a resposta a cada utente.

2. Pressupostos teóricos da prática de cuidados de enfermagem: teoria das transições de Meleis

O nascimento de um filho ativa um processo irreversível de transição desenvolvimental, que modifica definitivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família.

De acordo com Meleis *et al.* (2000), a transição é explicada como um significativo acontecimento de vida, que poderá causar desequilíbrio ou perturbação emocional, envolvendo alterações na rotina da pessoa e exigindo capacidade para efetuar os ajustes necessários. A pessoa, ao longo do ciclo de vida, vivencia transições relacionadas com o seu processo de saúde/doença, afetando, em maior ou menor grau, o seu bem-estar e daqueles que a rodeiam.

De acordo com Bridges (2004), o que torna grande parte das transições em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, não são apenas as que dizem respeito ao acontecimento em si, mas também as que se relacionam com a necessidade do indivíduo se reestruturar e se redefinir para incluir a mudança na sua vida, adaptando-se a ela.

A transição para a parentalidade é um processo de transformação individual, conjugal e social, através do qual, os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e as exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo a versão 2, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2002), a parentalidade é caracterizada por um processo que engloba um conjunto de comportamentos, que visam uma aquisição de conhecimentos para a preparação dos futuros pais. Daí, a parentalidade ser uma transição de fatores emocionais e socioculturais.

O conhecimento sobre as transições humanas tem sido considerado, cada vez mais, um foco central para Enfermagem. Meleis *et al.*, (2000) afirmam que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos/famílias que passam por processos de transição. Compreender os fenómenos e as condições inerentes a um processo de transição ajuda no desenvolvimento das intervenções de enfermagem, que promovam respostas positivas.

O conhecimento e a compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a parentalidade, na procura de uma transição bem-sucedida. Para tal, é necessário ter em atenção os pormenores, que nem

sempre são explícitos. Isto é, perceber as reais necessidades dos pais/casal, com o objetivo de elogiar as habilidades parentais e promover o bem-estar emocional (Martins, 2008).

Na transição do papel parental, o casal, para além dos papéis de marido e mulher, cada um deles precisa, conforme o género, de assumir o papel de pai ou de mãe. Segundo Hockenberry (2006), o nascimento de um filho implica o aparecimento de um novo elemento na família que exige um aumento das responsabilidades e a mudança de hábitos, fatores que podem perturbar o vínculo do casal. Segundo o mesmo autor, outros fatores que podem influenciar a transição do papel parental: a idade dos pais, a qualidade do relacionamento, o envolvimento do pai, a escolaridade e os sistemas de apoio.

De acordo com Canavarro (2001), a mudança das conceções sobre a vida familiar, bem como a forma de encarar a sexualidade, a diminuição das taxas de matrimónio e de natalidade, o aumento dos divórcios, a ambiguidade nos papéis parentais, o aumento da autonomia da mulher, liberdade individual e a alteração do estatuto das mulheres, entre outros fenómenos em evolução, resultaram em transformações marcantes na família tradicional que, em tempos, serviu de base à educação, criação e identidade dos seus membros.

Para Martins (2008), os pais tornaram-se mais participativos, todavia a partilha do papel parental pode provocar sentimentos de ciúme e competição, entre o pai e a mãe, face aos cuidados dados à criança. Perante tais factos, cabe ao EESMO adaptar-se às novas conceções parentais, salientando que o pai e a mãe desempenham papéis complementares nos cuidados à criança, devendo incluir o pai nas consultas, sempre que seja possível (Nené e Sequeira, 2016).

Tal como Colman e Colman (1994), Canavarro (2001) refere que, à medida que decorrem as transformações físicas, embora de forma não linear, a adaptação à maternidade/paternidade traduz a capacidade para superar este conjunto de tarefas, fazendo com que haja capacidade para cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso, como ser em crescimento pessoal.

Tendo por base estes pressupostos, as alterações ocorridas na família exigem que os profissionais de saúde, particularmente o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, se expanda para além da abordagem tradicional, numa perspetiva mais abrangente, promovendo a parentalidade positiva. Ajudar a tríade a vivenciar de forma mais ajustada esta transição para a parentalidade, irá ter repercussões positivas, a vários níveis, nas fases posteriores do ciclo de vida familiar.

Assim, o decurso do ENP teve por base uma intervenção global, especialmente dirigida à mulher/casal/família, nos períodos pré-natal, durante o trabalho de parto e no puerpério, cujo principal foco de atenção se centrou na promoção da vinculação precoce, entendida como uma das mais relevantes abordagens da transição e adaptação à parentalidade.

3. Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica: prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica

O percurso de um enfermeiro deve ser pautado pelo brio profissional, mudança e inovação das práticas clínicas, bem como a qualidade das mesmas. Só dessa forma se poderá atingir o desenvolvimento pessoal e profissional.

Todo o enfermeiro deve atender aos domínios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão da qualidade e dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e, neste caso em concreto, ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia torna-se impreterível o desenvolvimento da capacidade de análise crítico-reflexiva, da tomada de decisão, da monitorização e da avaliação dos cuidados especializados, numa área tão específica como a SMO.

3.1. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à grávida de risco inserida na família e comunidade em período de internamento

Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2016), o decorrer da gravidez é considerado como uma oportunidade para identificar e/ou modificar situações de risco de patologia.

Deste modo, a vigilância da gravidez, tal como preconiza o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2016), serve para fazer uma avaliação sistemática, detalhada e pormenorizada da evolução da mesma e, se for o caso, detetar-se possíveis anomalias.

Ao longo do ENP foram desenvolvidas capacidades/competências científicas, técnico-instrumentais e socio-relacionais, de modo a adquirir competências e perfis de desempenho, que permitem dar resposta às necessidades da mulher grávida com patologia e convivente significativo/família, traduzidas na prestação de cuidados de enfermagem específicos.

Durante o estágio, houve a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diabetes gestacional, pré-eclampsias, hiperémeses gravídicas, restrição de crescimento intrauterino, oligoâmnios, hidrâmnios, ameaça de parto pré-termo, mortes fetais *in útero*, aborto por

retenção de ovo desvitalizado, início de trabalho de parto em gravidezes de termo e grávidas com patologia do foro urológico.

No caso de grávidas com alguma patologia ou fator de risco, foi dada atenção à análise das especificidades da patologia e da situação particular, objetivando a elaboração de um plano de cuidados fiel e coerente, face às reais e potenciais necessidades da grávida. Atendendo ao stress que induz a mulher a alterações nas suas rotinas e na adaptação a um ambiente concomitantemente estranho e perturbador, pela maior probabilidade de alguma intercorrência desfavorável, estabeleceram-se relações interpessoais promotoras do bem-estar e do equilíbrio psicológico e facilitadoras da capacitação desta, na tomada de decisão e na transição para a parentalidade.

No que respeita à diabetes gestacional, Lowdermilk e Perry (2009) caracterizam esta situação patológica pelo aumento dos níveis de glicemia, sendo que na gravidez, a maior complicação é o desequilíbrio metabólico e consequente o aumento do peso do feto – macrosomia fetal.

Um dos maiores desafios do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é satisfazer as reais necessidades destas grávidas, assumindo o papel de educador para a saúde. No caso concreto da diabetes gestacional, procurou-se ajudar a grávida na adaptação a esta nova realidade, cooperando na sua formação, fosse ela preventiva ou com terapia prescrita, incentivando-a à autovigilância e ao registo dos perfis glicémicos.

Este processo exigiu o estabelecimento de uma relação empática entre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e a grávida, em prol de um papel ativo de ambas as partes. Por isso, tornou-se indispensável a disponibilidade física, num ambiente calmo e sem interrupções, de modo a dar espaço ao envolvimento da grávida no estabelecimento de um objetivo real e comum a atingir.

Definiram-se objetivos a alcançar a curto prazo minimizar, com intenção de minimizar os efeitos adversos da diabetes gestacional, sensibilizando a grávida e a sua família para este processo patológico e para a necessidade do controlo metabólico, de forma a prevenir complicações materno-fetais. A longo prazo, o objetivo foi capacitar a grávida com medidas e conhecimentos preventivos da obesidade e do aparecimento de diabetes tanto na mãe como no recém-nascido, no futuro.

Segundo Graça (2010), a pré-eclampsia é definida como hipertensão arterial, com aparecimento de proteinúria após as 20 semanas de gestação. A nível fetal, pode manifestar-

se por restrição de crescimento intrauterino por insuficiência uteroplacentária e complicações secundárias como a prematuridade.

De acordo o *American College Of Obstetricians and Gynecologists* (2014), é considerada pré-eclampsia, valores tensionais em que a TA sistólica igual ou superior a 140mmHg e/ou TA diastólica igual ou superior a 90mmHg, em duas ou mais avaliações, após a 20ª semana de gestação, em mulheres previamente normotensas. Graça (2010) define, ainda, a presença de valores de proteinúria superiores a 300mg (em urina de 24 horas), ou superior a 0,3mg/dl, em amostra simples de urina.

Para além das evidências clínicas, há outros sinais e sintomas que exigem maior atenção. As situações de pré-eclâmpsia, principalmente com terapêutica instituída, requerem uma vigilância apertada, por parte da equipa de enfermagem, de parâmetros vitais, reflexos rotulianos, análises clínicas, teste sumário de urina (teste combur) e ainda sinais de alerta, como cefaleias, queixas epigástricas ou alterações visuais.

Em caso de situações de pré-eclampsia foi adotado um tratamento expectante com monitorização materna e fetal. Montenegro *et al.* (2014) referem que a evidência científica confirma que o tratamento expectante prolonga a gravidez e melhora o resultado neonatal. Afirmam ainda, que este tipo de tratamento não tem aparente aumento da morbilidade materna, principalmente entre as 28-34 semanas. Segundo os mesmos, e constatado na prática no serviço, antes das 28 semanas de gestação e na presença de complicações maternas (DPPNI, insuficiência renal ou eclâmpsia) a terapêutica expectante deve ser muito bem ponderada.

A patologia hipertensiva na gravidez pode ocorrer a qualquer momento e sem aviso prévio. O objetivo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é a deteção precoce do agravamento da situação clínica para pré-eclampsia/eclampsia de modo a prevenir possíveis sequelas na mãe e no recém-nascido. Por isso, fez-se uma avaliação inicial detalhada de cada grávida, com especial atenção aos antecedentes pessoais e familiares, bem como a história social e experiência pessoal, de modo a entender os sistemas de apoio da mesma. Para além da colheita de dados iniciais, realizou-se um exame físico detalhado com a avaliação de parâmetros vitais e a pesquisa de edemas periféricos, faciais e periorbitais com o teste de Godet. A parte respiratória também mereceu destaque para despiste de crepitações que pudessem ser sugestivas de complicações, tais como o edema pulmonar.

No caso das grávidas internadas com terapêutica instituída com sulfato de magnésio, a pesquisa dos reflexos rotulianos foi uma avaliação particularmente importante, pois a sua ausência é um dos sinais de toxicidade a nível sistémico.

Em patologias hipertensivas da gravidez, a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia teve por base o tratamento médico e os diagnósticos de enfermagem, desenvolvendo-se um plano de cuidados multidisciplinares de acordo com os achados clínicos. Assim sendo, os objetivos dos cuidados prestados foram a segurança do bem-estar materno e fetal, tentando que o nascimento fosse o mais perto possível do final da gestação. O bem-estar fetal foi monitorizado, de forma a permitir mais tempo de crescimento e maturação.

O repouso no leito em decúbito lateral (preferencialmente decúbito lateral esquerdo) foi privilegiado, uma vez que melhora o fluxo uteroplacentário durante a gravidez. De acordo com Nené e Sequeira (2016), a partir da 20^a semana de gestação, já são perceptíveis pelas grávidas alguns desconfortos aquando dos decúbitos dorsal e ventral, devido à compressão da veia cava, que promove o retorno venoso, diminuindo o fluxo sanguíneo. Esta alteração de fluxos deve ser evitada pelo simples facto de causar a síndrome de hipotensão gestacional, causada pela posição supina. Este repouso no leito pode levar a grávida a sentir-se entediada devido à restrição de atividade física. Por isso, desenvolveram-se estratégias de *coping* individual e familiar para a criação de um ambiente confortável e acolhedor. A patologia hipertensiva da gravidez pode ter impacto na saúde futura da mulher, uma vez que está associada ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A patologia hipertensiva da gravidez pode traduzir-se em grande ansiedade na grávida e na família, pelo que se teve em consideração o apoio emocional e psicológico para ajudar a grávida/convivente significativo na perceção do processo de doença, as razões da ocorrência e da necessidade de colaboração nos cuidados.

As patologias do foro renal, mais concretamente as infeções geniturinárias, num estado mais avançado, também foram patologias presenciadas neste período. Duarte *et al.* (2008) define a infeção urinária como infeções do trato urinário e/ou órgãos anexos, frequentes durante a gravidez, como a presença e multiplicação de microrganismos na urina, representando uma das infeções mais frequentes da gravidez e com maior risco de complicações devido à possibilidade de bacteriúria assintomática.

Perante este contexto, os cuidados de enfermagem à grávida centraram-se numa vertente farmacológica com administração de antibioterapia e por uma vertente não

farmacológica, como por exemplo, o diagnóstico de hábitos de saúde e as alterações comportamentais.

Desde o primeiro contacto, avaliou-se o padrão urinário para o despiste de sinais de disúria, poliúria, hematúria e tenesmo vesical, bem como a necessidade de alerta, caso surgisse algum destes sinais ou sintomas.

Para além do reforço dos cuidados nutricionais, de ingestão hídrica, cuidados de higiene e vestuário, foi importante o reforço de informação no sentido de ser evitada a retenção urinária e que fosse esvaziada a bexiga de forma periódica. Foram realizados ensinamentos/aprendizagens de exercícios de Kegel que, segundo Lowermilk e Perry (2009), são pertinentes para o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, favorecendo o controlo da micção e evitando o refluxo de urina.

Como diz Collière (1999), os acontecimentos de vida como o nascimento de um filho são possibilidades de ação de enfermagem, no sentido de promover o desenvolvimento das capacidades da pessoa e da família, de modo a torná-las capazes de utilizarem os recursos existentes na comunidade em que estão inseridas.

A prestação de cuidados de enfermagem, humanizados e com qualidade, são fundamentais ao longo do ciclo vital. Neste período de internamento, em particular, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia encontra-se numa posição privilegiada para desenvolver e potenciar uma assistência com qualidade e autonomia.

Neste serviço, são internadas grávidas para indução do trabalho de parto, por patologia que assim o implique ou por não terem entrado em trabalho de parto espontâneo, às 41 semanas de gestação.

No que se refere ao 3º trimestre, em especial no início de trabalho de parto, há inúmeras estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. Cada vez mais, a dor é um fenómeno que tem sido levado em conta. Em 2003, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a dor foi definida como o quinto sinal vital. Atendendo às necessidades da grávida, foram utilizadas medidas não farmacológicas para o controlo da dor e, em caso de necessidade ou a pedido da mesma, posteriormente, passou-se para o controlo farmacológico da dor. Nené e Sequeira (2016) afirmam que a analgesia em obstetrícia tem sido bastante estudada e, desta forma, o alívio da dor proporciona a serenidade necessária para que a grávida/convivente significativo desfrute desta experiência, a maternidade/paternidade.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem um papel ativo na gestão não farmacológica da dor. Mediante as condições físicas do serviço, são inúmeras as possíveis sugestões e atuações com a grávida/ convivente significativo. A deambulação, a bola de pilates, a massagem e a música, foram medidas utilizadas no controlo da dor, sem se perder o propósito inicial da grávida, proporcionando-lhe conforto e uma experiência positiva. Cada vez mais, se constata que a mulher procurava ter o controlo do seu próprio trabalho de parto e, por consequência, o aumento da procura de métodos alternativos de controlo da dor.

A musicoterapia reduz os níveis de stress e permite alcançar um maior nível de relaxamento, altera o humor, estimula a imaginação e as respostas a nível do tálamo.

Tal como defendem Calais-Germain e Parés (2015), eram estimulados os movimentos de deambulação, balanço e bola de pilates como “movimentos estrela”, uma vez que estas posições dão à mulher um papel ativo no seu trabalho de parto. Além de facilitarem a passagem do feto pelo canal ósseo interno da pélvis servem, também, como estratégia não-farmacológica para o alívio da dor. Aliados a estes movimentos, por vezes, era associado o banho de água quente para o relaxamento muscular.

A nível ambiental, houve três aspetos a ter em consideração: o ruído, a iluminação e o odor. Para Nené e Sequeira (2016), a terapia ambiental incide sobre três sentidos: a audição, a visão e o olfato, sendo simples de implementar, economicamente sustentáveis e com resultados positivos. Segundo os mesmos, é conhecido o efeito antagonista provocado pela adrenalina *versus* ocitocina. Por isso, torna-se importante diminuir os níveis de ansiedade e de stress para se atingirem bons resultados no decorrer do trabalho de parto.

Uma das questões mais abordadas pelas grávidas e as famílias é o tempo de espera até ao nascimento do recém-nascido. Apesar de se saber que esse tempo pode ser longo, a noção do tempo pode mudar mediante as condições disponíveis e o espaço em que estamos inseridos. Por isso, tornou-se importante utilizar as medidas de relaxamento e de conforto supra mencionadas e, sobretudo, transmitir à grávida noções de fisiologia necessárias.

Sendo vontade expressa pela grávida, o serviço de obstetrícia oferece a possibilidade da colocação precoce do cateter epidural nas grávidas que pretendem analgesia epidural. Desta forma, é possível proporcionar o alívio da dor, permitindo-lhes a permanência, por mais tempo, no internamento de grávidas de risco.

Todas estas medidas farmacológicas e não farmacológicas para a gestão da dor são aplicáveis no internamento de grávidas e dada a continuidade no bloco de partos.

As situações de perda gestacional constituíram-se, também, motivo de atenção em cuidados de enfermagem, requerendo para além de todos os cuidados de atenção física os cuidados referentes ao processo de luto. Pina Cabral (2005) classifica perda gestacional precoce as situações de aborto espontâneo ou eletivo e gravidez ectópica, enquanto que a perda gestacional tardia se refere a situações numa fase avançada da gravidez, tal como idade gestacional inferior a 22 semanas de gestação ou 500gr de peso. Segundo a mesma autora, na perda gestacional precoce, o processo de luto decorre, essencialmente, na base do imaginário sendo um processo que, por vezes, se torna difícil de gerir e integrar, dado a inexistência de evidências físicas. Na perda gestacional tardia, o processo de luto poderá ser mais facilitador dada a presença do corpo do feto.

De acordo com Rolim e Canavarro (2001), o terceiro trimestre pressupõe uma maior comunicação entre a mãe e o feto, perceção dos movimentos fetais bem como um aumento das expectativas relacionadas com o nascimento. Nos casos de morte fetal dá-se um estado de incredulidade que pode estabelecer-se durante dias ou mesmo semanas.

Em todas as situações de perda gestacional, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é de extrema importância no apoio à grávida e à família no início deste processo de luto. Esse apoio baseou-se na escuta ativa, no encorajamento, bem como, no desenvolvimento de estratégias de *coping* para que a mulher, o casal e a família ultrapassassem a situação.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia procurou proporcionar à grávida toda a informação disponível acerca dos procedimentos adotados ou a adotar na resolução da situação clínica, assim como os conhecimentos que a capacitavam para a autovigilância, em especial para os sinais e os sintomas de alerta. Para além disso, tornou-se central a compreensão da reação individual à perda para oferecer apoio, de forma sensível e desprovido de qualquer comentário que pudesse, de alguma forma, implicar um juízo de valor sobre um comportamento demonstrado. Ainda que não expressem, é frequente a mulher/convivente significativo pensarem que a perda se deve a algo que fizeram ou deveriam ter feito, aumentando assim a sensação de culpa, o que se torna um obstáculo ao luto. Nestas situações, foram encaminhadas para outras áreas da equipa multidisciplinar.

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2012), tal como preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), afirma que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve tratar a mulher com complicações precoces da gravidez com toda a dignidade e respeito. Desse modo, estará a respeitar-se a si

próprio. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais, deve ter um olhar atento às particularidades da mulher em idade reprodutiva, em concreto a mulher grávida, promovendo a saúde e cuidados antecipatórios da doença.

3.2. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à parturiente inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, presente no Diário da República, 2.^a série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia presta cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no período de trabalho de parto e pós-natal.

O primeiro contacto do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia com a parturiente e convivente significativo levou ao estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança/empatia onde se delinearam as práticas de cuidados. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia apresentava-se pelo nome, referenciando que ia estar envolvido nos cuidados, apresentava a equipa, aspetos organizacionais, estrutura física e, sempre que possível, protocolos e políticas existentes, nomeadamente a Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés (IHAB).

A consulta do Boletim de Saúde Materna, associada à realização da avaliação inicial, permitiu completar a história de Enfermagem e a obtenção de dados relativos ao historial obstétrico e ginecológico, gravidez atual, antecedentes pessoais e familiares, experiências, características de partos anteriores, se aplicável, e recursos/apoio económico e sociofamiliar.

Nesta fase inicial, foi tida em conta a informação facultada à parturiente e convivente significativo sobre as possibilidades de intervenção, evitando que fossem surpreendidos ou se encontrassem perante uma situação em que tivessem de realizar algo para o qual não estavam sensibilizados e/ou preparados.

Segundo Graça (2010), o trabalho de parto entende-se pelo conjunto de fenómenos fisiológicos que, em conjunto, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

Segundo Lowdermilk e Perry (2009), o trabalho de parto está dividido em quatro estádios: o primeiro estadio inicia-se com o apagamento e termina com a dilatação total do colo uterino, dividindo-se em fase latente e fase ativa; no segundo estadio, o período expulsivo inicia-se com a dilatação total colo uterino e termina com a expulsão do feto; no terceiro estadio, a dequitação inicia -se logo após expulsão do feto e termina com a saída da placenta e das membranas; no quarto estadio do trabalho de parto, o puerpério imediato que termina 2 horas após o nascimento. Este período de tempo permite a promoção do contacto pele a pele, a promoção do aleitamento na primeira hora de vida e a avaliação criteriosa da condição materna.

Ao longo do decorrer do estágio, foram observadas diferenças entre as primíparas e as múltiparas, relativamente ao tempo e à progressão do trabalho de parto. Verificaram-se outras variações como a idade, a condição física e emocional, a eficácia das contrações, a utilização de analgesia, a posição da parturiente, a adequação pélvica, o tamanho, a apresentação e a situação do feto, o tipo de apoio e o suporte do acompanhante. Por tais variantes, procurou-se manter uma constante atenção a qualquer alteração que surgisse durante a vigilância do trabalho de parto, adequando a intervenção à especificidade de cada parturiente.

Numa fase inicial do trabalho de parto, quando a situação materno-fetal o permitia, era estimulada a deambulação para facilitar a progressão do mesmo e aliviar o desconforto associado à contratilidade uterina, bem como a utilização da bola de pilates para estimular a mobilidade e o relaxamento pélvico e perineal. No caso das parturientes que se encontravam no leito eram ajudadas na alternância de decúbitos, com preferência para os laterais, por promoverem o fluxo uteroplacentário e renal, evitando, desse modo, o risco de hipotensão de decúbito, normalmente manifestada por náuseas, vômitos e, ocasionalmente, alterações da frequência cardíaca fetal (Lowdermilk & Perry, 2009).

Aparentemente, a dor foi o fator desencadeante de maior stress na parturiente, pelo que se levou em conta a origem da dor (visceral ou somática), o estágio de trabalho de parto e o conjunto de fatores fisiológicos, culturais, psicológicos específicos de cada parturiente.

Durante o primeiro estadio, a dor era, maioritariamente, do tipo visceral infra-abdominal com irradiação para a região lombo-sagrada, glútea, cristas ilíacas e coxas. A dor podia ser intermitente, coincidente com as contrações ou permanente, no caso de algumas parturientes. Neste estadio em que a dor era predominantemente do tipo visceral e intermitente, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia incentivou a grávida

a optar pela deambulação e/ou a usar a bola de pilates para facilitar o relaxamento da estrutura pélvica e facilitar a progressão do feto ao longo do canal de parto.

Tendo em conta as boas práticas, foram utilizadas estratégias não farmacológicas adequadas ao momento do trabalho de parto e às características da parturiente. Por isso, a parturiente foi incentivada a realizar técnicas de distração, técnicas de respiração e relaxamento e técnicas de toque e massagem, promovendo, paralelamente, o envolvimento e a participação do pai/convivente significativo na aplicação destas técnicas. De todas elas, as mais utilizadas e mais eficazes no alívio e controlo da dor foram as técnicas respiratórias, o toque e a massagem.

As intervenções farmacológicas por via endovenosa ou intramuscular foram implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, com o consentimento da parturiente, quando a dor aumentava e ainda não apresentava as condições recomendadas, a nível do colo uterino, para iniciar a analgesia epidural, quando desejada.

Nesta fase, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia também procurou incentivar a parturiente a adotar procedimentos facilitadores do trabalho de parto, respeitando as vontades da mesma, tendo a oportunidade de colocar a parturiente noutras posições sem ser a ginecológica, tendo sempre em conta as limitações devido à analgesia epidural. Na mesma linha de pensamento, o aconselhamento, a transmissão de informação, o apoio emocional e as medidas de conforto e alívio da dor variavam de situação para situação sendo igualmente fundamentais na prática de cuidados.

A prática de cuidados teve por base o respeito pela privacidade e pelas expectativas da parturiente, pelo consentimento informado e por uma pormenorizada avaliação física, pela evolução do trabalho de parto, estado hemodinâmico, bem-estar materno-fetal, diagnóstico da posição fetal, através das Manobras de Leopold, procurando identificar a variedade e a apresentação fetal e o grau de descida na pélvis.

A comunicação tornou-se um ponto fulcral no sentido em que se envolveu a parturiente/convivente significativo na tomada de decisões, promovendo um ambiente acolhedor e relaxante.

Para avaliar a progressão do trabalho de parto, realizaram-se exames vaginais, que foram essenciais na obtenção das seguintes informações: evolução do colo uterino através da monitorização do Índice de Bishop (apreciação do apagamento, dilatação, consistência e posição do colo uterino e identificação/posição do plano ou grau de descida da apresentação); situação e variedade fetal; apreciação das condições do canal de parto

(associado à estimativa do peso fetal) e observação de perdas vaginais (perda sanguínea, Líquido Amniótico (LA), e/ou corrimentos). Associadas a estes exames, tornou-se essencial a realização das manobras de Leopold, a interpretação da Cardiotocografia (CTG) e a vigilância de sinais/sintomas de comprometimento do bem-estar materno-fetal.

A vigilância do trabalho de parto e o registo do mesmo são de extrema importância, constatando-se no partograma a representação gráfica da evolução do referido TP, para além da possibilidade de se perceber a dilatação cervical e a descida da apresentação, de acordo com o tempo.

O partograma é indicado para a fase ativa do trabalho de parto. Nele, obteve-se informação relativa à hora de entrada, dados da grávida, índice obstétrico, dados da gravidez atual e outros dados de saúde relevantes. Permite, ainda, o registo de uma monitorização da frequência cardíaca fetal, as características do líquido amniótico, da dilatação uterina, a descida da apresentação, o tempo decorrido, contrações e parâmetros vitais da parturiente.

Por vezes, durante o trabalho de parto é necessário recorrer à amniotomia que, segundo Lowdermilk e Perry (2006), tem como critérios: o traçado cardíaco fetal não tranquilizador, a indução do trabalho de parto ou o prolapso da bolsa amniótica dentro da vagina. Este procedimento não deve ser tornado uma rotina e requer, por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, perícia a fim de se evitar prolapsos ou compressão do cordão umbilical. Assim, teve-se em conta a progressão do trabalho de parto, dilatação igual ou superior a 3cm e a fixação da cabeça fetal na pélvis. Este procedimento concede a possibilidade da observação do líquido amniótico, bem como o aumento da dilatação, devido à maior pressão exercida pela cabeça fetal.

Outro foco de atenção na prática de cuidados foi o mecanismo do parto. Posner *et al.*, (2014) definem mecanismo de parto a sequência de movimentos passivos da apresentação fetal, que permitem a passagem do feto através do canal de parto. Isto é, o ajustamento que o feto vai fazendo até se exteriorizar. Segundo os mesmos autores, a estática fetal é avaliada mediante seis parâmetros: atitude, situação, apresentação, ponto de referência, posição e variedade.

A estática fetal foi a parte em que houve maior investimento para se poder compreender o modo como se processa o trabalho de parto. Até se conseguir compreender a variedade do feto algum tempo decorreu, o que permitiu aproveitar ao máximo todas as experiências para aprofundar e melhorar os conhecimentos teóricos e práticos.

Conseguir avaliar estes seis parâmetros é fundamental para ajudar na progressão do trabalho de parto. Por vezes, bastava uma alternância de decúbito da grávida para ajudar o feto a ajustar-se de melhor forma ao canal de parto e, processando-se a sincronização entre os diâmetros da bacia materna e o da cabeça do feto, facilitava o seu nascimento.

Como dizem Calais-German e Parés (2015), ao longo do parto, a mulher deve adotar posturas corporais que evitem a tensão dos ligamentos e dos músculos, pelo facto destes estarem sujeitos à tensão, alterando a força e a forma da pélvis. Os mesmos autores referem, ainda, que são várias as vantagens da posição vertical em comparação com a posição horizontal. No primeiro caso, a posição vertical engloba a posição de cócoras, ajoelhada ou de gatas, que enumera como vantagens: a melhoria da ventilação pulmonar, uma maior eficiência das contrações uterinas, a ação da gravidade favorecedora do encaixe e descida da apresentação, aumento dos diâmetros da bacia e, por consequência, a diminuição de partos instrumentados por melhoria da estática fetal.

No que respeita aos partos em posição horizontal, ou seja a posição supina, de litotomia cujo ângulo seja inferior a 45°, descreve como desvantagens a compressão da artéria aorta e da veia cava, o que leva a uma alteração de fluxos e possíveis complicações maternas, os esforços expulsivos são mais difíceis porque contrariam a força da gravidade, não permitindo a mobilidade da bacia, originando uma maior força exercida pela cabeça fetal sob o períneo. (Calais-German & Parés, 2015). Neste paradigma ou sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia procurou atender às vontades da parturiente, permitindo a adoção de posturas de conforto e favorecedoras do trabalho de parto.

Graça (2010) alerta ainda para a importância do padrão fisiológico da frequência cardíaca fetal para evitar intervenções desnecessárias. A decisão do tempo é feita com base na progressão e na rotação da descida e da frequência cardíaca fetal através da cardiotocografia, considerando-se sinais de alerta as desacelerações tardias e a recuperação lenta das bradicardias mantidas. Compreender e saber interpretar o registo da CTG foi, sem dúvida, uma das maiores atenções evidenciadas nos cuidados prestados, juntamente com a sintomatologia manifestada pela parturiente.

Tendo em conta os dados fornecidos pelo CTG, este meio de avaliação foi considerado um dos maiores aliados durante a evolução do trabalho de parto e parto. Permite ter a perceção da linha basal da frequência cardíaca fetal, a variabilidade da linha de base, as acelerações e as desacelerações, bem como da contratilidade uterina.

Para a identificação e para a monitorização do risco fetal, a monitorização contínua, através do CTG, foi fundamental. Da mesma forma, sempre que era realizado algum procedimento/técnico: amniotomia, exame vaginal, administração de perfusão de ocitocina, se surgisse alguma alteração no trabalho de parto como rotura espontânea de membranas (REM), aumento da contratilidade uterina e alteração de decúbito pela parturiente (hipotensão de decúbito dorsal), era observado o traçado em busca de algum sinal de alerta.

Neilson (2013) afirma que durante o trabalho de parto, o bem-estar materno-fetal pode ser colocado em causa, uma vez que as contrações uterinas poderão interromper o fluxo sanguíneo materno-fetal, diminuindo a oxigenação fetal. Embora a maioria dos fetos tenha reservas para resistir a essas alterações, há no entanto alguns que não as possuem.

Tendo em conta o stress fisiológico do mecanismo do trabalho de parto para a parturiente e o feto, foi fundamental identificar e monitorizar o risco materno-fetal, nomeadamente em situações de emergência de disfunção contrátil uterina, hemorragia vaginal, presença de quadros infecciosos e prolapso do cordão umbilical. Perante estes sinais, foi necessário intervir em situações de disfunção contrátil uterina, com a suspensão da perfusão ocitócica (se em curso), retirado o fármaco indutor do trabalho de parto do canal vaginal (se presente), a realização de técnicas de relaxamento/respiração e incentivada a mudança de decúbito e a realização de esforços expulsivos (após a avaliação das condições do colo uterino e do bem-estar materno-fetal adequado), (Graça, 2010).

Nos casos em que era identificado risco materno-fetal e/ou situações que estavam para além da área de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, eram sempre feitas as referências à equipa médica de obstetrícia.

Quer na gravidez quer no trabalho de parto, podem coexistir patologias prévias com patologias gestacionais que justificam uma vigilância atenta e contínua do bem-estar materno-fetal. As patologias concomitantes com a gravidez que surgiram neste período, estiveram relacionadas com patologia tiroideia, neurológicas, gastrointestinais, autoimunes e psicológicas, necessitando da adoção de intervenções específicas por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, mesmo estando controladas a nível fisiopatológico.

Os casos que exigiram maior vigilância do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia relacionaram-se com parturientes com diabetes gestacional ou prévia e hipertensão. Numa primeira fase, foi necessário prevenir complicações relacionadas com hipoglicemia/hiperglicemia e hipotensão/hipertensão. Posteriormente realizou-se a

monitorização da glicemia capilar, tensão arterial e diurese, aplicaram-se os protocolos existentes no serviço para a Diabetes *Mellitus*, controlada com dieta ou insulino-terapia e vigilância dos sinais/sintomas indicativos de agravamento do estado fetal, através de alterações da FCF.

Para além destas patologias, durante o mesmo período, surgiram outros fatores de risco em algumas parturientes relacionados com: cirurgia ginecológica anterior, história de infertilidade e abortos, cesariana anterior, rutura prematura de membranas, restrição do crescimento intrauterino, hidrâmnios, oligoâmnios, adolescentes, parturientes com mais de 35 anos de idade e grandes múltiparas. Daí, na prática de cuidados, estes fatores eram considerados de risco na prescrição, implementação e avaliação das intervenções de forma a evitar e/ou minimizar os seus possíveis efeitos negativos. Em todas essas situações, foi importante a cooperação com os outros profissionais da equipa de obstetrícia, anestesia e neonatologia para se assumir uma atitude favorecedora na tomada de decisões e na definição de prioridades adequadas para lidar com as situações de urgência obstétrica.

No segundo período de TP, que corresponde ao período expulsivo, e de acordo com Lowerdmilk e Perry (2009), inicia-se na dilatação completa e termina com a expulsão do feto. É nesta fase que se dá a contração da musculatura abdominal e diafragmática associada às contrações uterinas, comprimindo o útero de cima para baixo e da frente para trás.

No segundo estadio, a dor era, na maioria das parturientes, somática, intensa e bem localizada, ocorrendo o estiramento dos tecidos e do pavimento pélvico, pelos esforços expulsivos ou pela pressão da apresentação. Neste estadio, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia promoveu a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e, sempre que solicitado, proporcionou o alívio da dor com recurso à terapêutica farmacológica.

Para a realização de qualquer parto eutócico, era necessária uma prévia preparação da unidade com os materiais adequados.

Quando a parturiente realizava esforços expulsivos eficazes e a cabeça do feto começava a coroar, iniciava-se o posicionamento para o parto, respeitando todos os procedimentos de higienização e assepsia necessários. Nesta fase, a parturiente era encorajada a centrar-se nos esforços expulsivos e, em conjunto com o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a encontrar a posição mais adequada para efetuar esses esforços de forma eficaz. A interação com a parturiente era fundamental,

utilizando-se reforços positivos sempre que estava a realizar esforços expulsivos eficazes e a tranquilização da mesma nas pausas das contrações.

Nos partos realizados, a apresentação fetal era de vértice, pelo que os movimentos cardinais do parto sucederam-se sem problemas. A descida, a rotação interna do feto e a extensão do polo cefálico na vulva eram controlados no sentido de evitar a expulsão brusca do feto, de modo a proteger o períneo e os tecidos circundantes. Quando era necessário aumentar o canal vaginal e/ou se notava fragilidade ao nível dos tecidos perineais, recorria-se à episiotomia. Após a saída da cabeça, era praticada a pesquisa de circulares a nível cervical, a rotação externa, desencravamento do ombro anterior seguido do posterior e a expulsão do corpo fetal.

A partir deste momento são prestados os primeiros cuidados ao recém-nascido, referenciados no capítulo seguinte. Após a expulsão do feto, inicia-se o terceiro período ou dequitação, que se estende até à expulsão da placenta. Esta expulsão é feita através de dois mecanismos: Schultze (fase lisa, separação é feita na zona mais central e sangra mais após a expulsão) e Duncan (face rugosa, separação marginal, discreto e continuo sangramento). (Nené & Sequeira, 2016).

Lowdermilk e Perry (2009), evidenciam como sinais de dequitação a contração uterina, mudança de forma uterina de discoide para ovoide à medida que se descola para o segmento inferior, saída súbita de sangue pela vagina e aumento do tamanho do cordão umbilical.

O tempo de dequitação é variável e é importante que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia respeite o tempo fisiológico. Nem todos os descolamentos se dão no período estimado e, segundo Graça (2010), pode aguardar até uma hora se as perdas de sangue não forem excessivas.

Todas as dequitações foram espontâneas e, maioritariamente, através do mecanismo de Baudelocque-Schultze, não se verificando nenhuma situação de retenção da placenta.

No caso de suspeita de risco hemorrágico, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia adotou por uma atitude ativa, a fim de diminuir o risco de hemorragia no pós-parto, tracionando de forma controlada o cordão umbilical e fazendo massagem uterina, pedindo à parturiente auxílio com esforços expulsivos.

Aquando da expulsão da placenta, teve-se em consideração a manobra de Jacob-Dublin, tendo como apoio na sua saída usando, o uso do próprio peso e os movimentos circulares, de forma a facilitar a excreção completa das membranas. Após a sua expulsão,

era verificado o globo de segurança de Pinard, as perdas hemáticas e por fim a observação/avaliação da integridade da placenta e do cordão umbilical e a percepção de possíveis fragmentos de membranas ou de algum cotilédone.

Neste período era feito a observação detalhada do canal de parto, a fim de se detetar possíveis lacerações, corrigindo as mesmas, caso existissem e a correção de episiotomia, caso necessário, de forma a que a reconstrução anatómica favorecesse uma boa cicatrização e ausência de futuras sequelas.

No terceiro e quarto estádios, a dor era em grande parte dos casos uterina e idêntica à sentida, no início do primeiro estadio da parturiente. Nestes estádios, tal como nos anteriores, foram sempre reforçadas as técnicas respiratórias que, para além de manter o bem-estar materno-fetal através das trocas gasosas a nível útero-placentário, são uma boa técnica de controlo e alívio da dor.

Além das alterações físicas, psíquicas e hormonais, é preciso ter um olhar atento à linguagem não-verbal, porque nem sempre estas mulheres exprimem o que estão a sentir. Torna-se fundamental um olhar holístico com controlo hemodinâmico, a fim de se detetar precocemente alguma intercorrência.

Durante este período, torna-se importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel.

Para lá dos cuidados referidos, a amamentação na primeira hora de vida, sempre que reunidas as condições necessárias para tal, também foi foco de atenção em enfermagem. No que concerne à amamentação, segundo Hockenberry (2006), o leite materno é o melhor e mais completo alimento que existe para o bebé, uma vez que previne infeções, obesidade e diabetes. Está sempre pronto e à temperatura ideal, é de fácil digestão e torna-se assim mais económico.

Para Lowdermilk e Perry (2009), a amamentação previne hemorragias no período pós-parto e promove a involução uterina. No entanto, apesar de se tratar de um ato natural e com inúmeros benefícios para a mãe e para o bebé, a amamentação requer um período de adaptação e a mãe deve estar bem informada para que usufrua desta fase com tranquilidade.

Este é também considerado um período fundamental para a vinculação precoce. Canavarro (2001) refere que, decorrente da sua investigação, o pós-parto é um dos períodos sensíveis para a vinculação. A interação entre a extensão biológica (o real) e a psicológica (o imaginário), nestas primeiras horas, é um fator primordial para o desenvolvimento do vínculo.

Embora cada pessoa seja um ser único e singular, com necessidades especiais inerentes à sua unicidade, há um conjunto de diagnósticos e intervenções que devem ser respeitados. Nesse sentido, as competências adquiridas foram melhorando no decorrer do estágio e aprimorados dois tipos de intervenções específicas: preventivas de complicações e promotoras de saúde (autocuidado e bem-estar).

3.3. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, presente no Diário da República, 2.^a série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica otimiza a saúde do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Segundo Nené e Sequeira (2016), os cuidados prestados ao recém-nascido após o nascimento são essenciais, na medida em que auxiliam a adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino, promovem a saúde e o bem-estar e previnem complicações.

A avaliação da adaptação do RN à vida extrauterina era realizada através do índice de APGAR ao 1º, 5º e 10º minuto, constituída por cinco parâmetros: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele. Esta avaliação realizada ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida, com uma pontuação de 0 a 2, em cada um dos parâmetros. Quando a avaliação revelava ou apresentava *Score* de 7 a 10, significava que não havia dificuldade do RN na adaptação à vida extrauterina. Se esta avaliação apresentava *score* de 4 a 6, significava que havia uma dificuldade moderada e de dificuldade grave com o *score* de 0 a 3.

A termorregulação eficaz do recém-nascido é também competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. A exposição do mesmo ao frio aumenta o consumo de oxigénio e glicose, numa fase em que ainda se encontra instável (Hockenberry, 2006). Para tal, o RN era colocado em contacto pele a pele com a mãe, coberto com lençol aquecido. O tempo que este permanecia com a mãe dependia do seu estado. Quando a sua adaptação extrauterina se apresentava bem, o recém-nascido permanecia até estabelecer a primeira mamada.

No caso dos recém-nascidos que tiveram necessidade de serem transferidos para a UCIN, tornou-se relevante a forma como a equipa de neonatologia abordava os respetivos pais. Os pais foram informados sobre o estado do recém-nascido, no momento, e permitido o contacto, como as visitas dos familiares mais próximos, em horário previamente estabelecido.

A manutenção das vias aéreas permeáveis, a termorregulação eficaz e a prevenção de infeções, tornou-se igualmente função do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Neste último ponto, destaca-se a laqueação do cordão umbilical, nunca antes do primeiro minuto de vida, exceto em questões de emergência médica (Nené & Sequeira, 2016 & Hockenberry, 2006). Para além disso, era também feita a profilaxia ocular, após limpeza dos olhos, na primeira hora de vida.

Lowdermilk e Perry (2009) afirmam que o recém-nascido está em risco de alteração da coagulação por défice de vitamina K, pelo que se procedeu à administração intramuscular no terço médio do músculo vasto lateral externo, se possível, após estabelecer a primeira mamada.

Hockenberry (2006) reforça a necessidade de uma observação física detalhada após a estabilização da respiração que, por norma, é logo no término da avaliação do índice de APGAR. A avaliação física implica a avaliação de vários sistemas (sensitivo, neurológico, cardiorrespiratório, gastrointestinal, geniturinário e pele), sendo a inspeção visual simultânea à prestação de cuidados e técnicas, como a palpação e a manipulação do recém-nascido.

O *Breast Crawl* foi uma técnica utilizada, sempre que o recém-nascido apresentava uma boa adaptação à vida extrauterina, por favorecer: a termorregulação, os sinais de pré-mamada, a regulação da respiração, a coordenação dos reflexos que facilitam a amamentação como a rotação, a sucção e a deglutição e a promoção da vinculação parental precoce. Esta técnica permitia à puérpera a aquisição de autoconfiança para tentar estabelecer o aleitamento materno e maior receptividade à informação fornecida. O aleitamento materno foi praticado na primeira hora de vida e exclusivo durante a permanência na maternidade. A Organização Mundial de Saúde e a UNICEF (2008) recomendam o aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento até aos seis meses de vida. A partir desse período, deve ser complementado com alimentos nutricionalmente adequados, apropriados e seguros, até aos dois ou mais anos de vida.

Segundo Natal e Martins (2011), o leite materno é a melhor e a maior fonte de nutrientes para o recém-nascido, promovendo uma série de benefícios para a saúde materno-infantil.

As atividades supra descritas favoreceram o desenvolvimento de competências, ao diagnosticar e prevenir precocemente complicações para a saúde do recém-nascido. Deste modo, percebeu-se que existe uma interação iminente entre os comportamentos da saúde materna e o bem-estar fetal, o que se traduz no estado de saúde/doença do recém-nascido.

Para além das características físicas e de adaptação ao meio extrauterino, na primeira hora de vida, o recém-nascido encontra-se mais desperto e interage melhor com o meio que o rodeia. Assim sendo, foi utilizado esse momento e, sempre que o recém-nascido reunia as condições necessárias, para mostrar aos pais que este possuía competências (visão, audição, tato, paladar) a ser abordadas no capítulo seguinte.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia encontrou-se, por isso, numa posição privilegiada para promover a vinculação da tríade, uma vez que o processo de vinculação é mais sensível nos primeiros minutos e nas primeiras horas após o nascimento, quando se passa a observar o bebé real e este começa a ser reconhecido como um membro da família.

Após a prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido, foi proporcionado ao pai a possibilidade de o vestir. Foram situações previamente negociadas com o pai, ao longo do trabalho de parto, para que este se sentisse envolvido de uma forma mais ativa nos cuidados prestados à parturiente e ao recém-nascido. As intervenções concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas para promover a vinculação com o recém-nascido, passaram pelo corte do cordão umbilical, contacto precoce pele a pele da parturiente com o recém-nascido, e a criação de um ambiente favorável para a tríade estabelecer os primeiros laços de apego.

Esta experiência realizou-se sob supervisão, sendo perceptível a importância do momento para o estabelecimento de uma vinculação, que se preconiza como sendo ideal o mais precoce possível, para além dos contributos inerentes ao desenvolvimento de competências parentais.

A orientação prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, através do incentivo dirigido ao pai, tornou-se facilitador para a aquisição de aptidões para cuidar do recém-nascido, bem como a promoção do reconhecimento das suas competências.

Parte II

Competências do recém-nascido promotoras da vinculação pai - filho: uma intervenção em cuidados especializados

1. Vinculação, um foco de atenção em enfermagem

Os enfermeiros, enquanto promotores de saúde, têm o dever de prestar cuidados que satisfaçam as reais necessidades dos pais e do recém-nascido. Pretende-se, desse modo, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, para além de promover a transição para a parentalidade/paternidade e vinculação positivas, dote o pai de conhecimentos para cuidar do recém-nascido e, lhes proporcione saberes sobre as competências do seu bebé.

Neste capítulo, segue-se o enquadramento teórico norteador desta intervenção.

1.1. Transição para a parentalidade e paternidade

Segundo Meleis (2010), a forma como as pessoas se adaptam aos vários processos de transição ao longo do seu ciclo vital, neste caso a transição para a parentalidade, influencia a saúde de cada um e o bem-estar familiar. Então, para potenciar a saúde das pessoas e a sua perceção de bem-estar durante os seus processos de transição, os enfermeiros devem compreender as experiências vivenciadas pelas mesmas, de forma a anteciparem as suas necessidades e poderem apoiá-las.

De acordo com a mesma autora (2010), a reação à mudança por parte do indivíduo pode traduzir-se em bem-estar ou expor os indivíduos a diversos riscos acrescidos, relacionados com a doença. As transições podem ser de quatro tipos: saúde-doença (ocorrência de estado patológico potencialmente indutor de inadequação do indivíduo), situacionais (alterações de papéis, incluindo acontecimentos como a gravidez, o nascimento e a morte), desenvolvimentais (períodos transitórios do ciclo vital) e organizacionais.

As transições apresentam diferentes padrões desde simples ou múltiplas, sequenciais (em diferentes intervalos de tempo) ou simultâneas e podem ser relacionadas ou não relacionadas. A consciencialização de cada transição está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência que daí advém, sendo uma característica da transição. A ausência da consciencialização pode significar que o indivíduo não iniciou a experiência de transição.

Todas as transições desencadeiam um processo de mudança e, para as entender, é fundamental identificar os efeitos e respetivos significados para cada uma das pessoas. A

transição para a parentalidade é um processo de mudança que o casal vai experienciar. Cada um deles atribui significados diferentes aos vários processos de transição que ocorrem ao longo do ciclo vital, sendo que, durante as transições, as suas expectativas podem não ser reais, ou mesmo, por vezes, desconhecem o que os espera.

Colman e Colman (1994) consideram que o período de transição tem como papel a preparação dos pais para a resolução das tarefas que se lhes vão ser colocadas pela frente, uma vez que esta condição se desenvolve de forma gradual, implicando uma revisão de todos os aspetos do próprio, quer a nível do comportamento quer a nível da identidade de cada indivíduo.

De acordo com Nené e Sequeira (2016), com o passar dos anos, surgiu um novo modelo de paternidade. O pai começou a cuidar e a envolver-se em todas as áreas que dizem respeito ao seu filho. Este alvorecer da paternidade fez com que o papel parental sofresse uma rápida evolução que alterou a vivência do homem e da mulher durante a gravidez e o nascimento, bem como a relação com os seus filhos. O homem passa a estar mais presente e participativo durante este processo de transição.

Colman e Colman (1994) afirmam que o homem adquiriu consciência da importância da sua participação em todo o processo de construção familiar, tornando-se mais consciente da importante transição que ocorre na sua vida e procura ter a sua própria experiência pessoal.

Deste modo, o pai começa a desejar estar presente em todos os momentos que antecedem o nascimento do bebé. O pai rompe com o passado e passa a não querer ser unicamente o suporte económico e chefe de família, mas deseja também o envolvimento na prestação de cuidados, apoio emocional e a estabelecer a paternidade.

Segundo Nené e Sequeira (2016), o decorrer destas alterações do papel paternal, em que o pai está cada vez mais envolvido no planeamento e acompanhamento da gravidez, nascimento e cuidados ao recém-nascido, assiste-se a uma aproximação dos papéis parentais entre os progenitores.

1.2. Vinculação

Cardoso (2014) afirma que o desenvolvimento das competências parentais, bem como a vinculação, desenvolvem-se a partir do momento em que o casal descobre que vão ser pais.

A interação entre os pais e o recém-nascido, logo após o nascimento, é uma mais-valia, uma vez que o recém-nascido se encontra num estado de alerta por um período de 45 a 60 minutos. Este período é o momento propício para promover esta ligação. A CIPE (2010) classificou a vinculação como um foco de atenção de enfermagem por ser uma resposta humana a um processo do ciclo vital, que envolve afetivamente pais e filhos com o intuito da sobrevivência e do desenvolvimento da criança.

O desenvolvimento saudável do recém-nascido é influenciado pelo comportamento parental, uma vez que nos primeiros meses de vida é totalmente dependente das respostas dos mesmos ao seu comportamento.

Para Brazelton (1989), a vinculação pai e recém-nascido acontece tal como com as mulheres, sendo influenciada pelas suas experiências de infância. No passado, os pais eram vistos como desinteressados e como meros educadores dos filhos. Contudo, essa perspetiva tem sofrido alteração ao longo dos anos. O desejo de ter um filho, ser um bom pai, leva a que o homem tenha necessidade de reforçar as relações com as pessoas que foram importantes no passado, esperando que a relação com os seus filhos também lhes forneça um vínculo.

Brazelton (1989) refere que o adulto alimenta o desejo de ser pai por motivos narcisistas como a imortalidade, duplicar-se, igualar-se ao seu pai ou superá-lo e responder às dúvidas sobre a sua masculinidade. Para além deste aspeto, tal como a mãe, o pai tem necessidade de renovar as relações antigas com as pessoas que foram importantes no seu passado.

A notícia da gravidez pode trazer um misto de emoções agradáveis, preocupantes ou até mesmo conflituosas para o pai. No entanto, de acordo com Nené e Sequeira (2016), o atual envolvimento do pai, nomeadamente na preparação para o parto e parentalidade, mostra que os pais têm necessidades específicas, sendo elas as de estar informados, de partilhar e ouvir experiências com outros pais, de saber como apoiar a sua companheira, de imaginar o que o futuro lhe possa reservar e preparar-se para o papel de ser pai.

Segundo Brandão (2009), tal como a mãe, o pai também tem a capacidade de se vincular ao recém-nascido. Todavia, a vinculação precoce por parte do pai é influenciada pela sua experiência pessoal de vinculação e apego, pela participação do pai em cursos de preparação para o parto e parentalidade, pelo tipo de parto e pela possibilidade de participar nos cuidados ao recém-nascido. De acordo com Abade (2010), a participação em

curso de preparação para a parentalidade e o envolvimento dos pais no parto intensificam a vinculação.

Lowdermilk e Perry (2009) consideram estratégias facilitadoras da vinculação, entre várias, o toque no abdómen para percepção dos movimentos fetais e a participação nas ecografias que facilitam a construção de uma imagem mental do feto. No entanto, o confronto entre a imaginação e a realidade só se dá no parto e pós-parto, no momento em que se propicia o contacto do recém-nascido com o pai.

Segundo Brandão (2009), o facto do corte do cordão umbilical ser feito pelo pai parece indicar benefícios a nível emocional, uma vez que pode ser considerado como o término de uma barreira imaginária, isto é, a separação entre o recém-nascido e a mãe, sendo esta uma forma de aproximação para começar a fazer parte da tríade. Desta forma, é favorecido o estabelecimento de uma relação precoce com o recém-nascido.

Para Bowlby (1984), o processo de vinculação entre pai/mãe/recém-nascido nos primeiros dias de vida é essencial para que estes possam vivenciar esta transição de forma tranquila e responsável. Um processo de vinculação saudável facilita a interação entre a tríade e a adaptação à nova realidade.

Pestvenidze e Bohrer (2007) afirmam que o facto dos pais terem uma experiência positiva, de se sentirem competentes e apoiados, permitirá a recomendação da prática a outros pais, criando-se assim um modelo parental de referência e vinculação.

1.3. Competências do recém-nascido favorecedoras da vinculação

Brazelton e Cramer (2007) afirmam que após o nascimento, a relação estabelecida entre o recém-nascido e os seus pais faz com que este desenvolva as suas competências físicas e comportamentais. De acordo com os mesmos autores, os recém-nascidos possuem imensas competências comportamentais, tendo deste modo, um papel ativo na relação com os seus pais. Para Diniz (2009), é importante que os pais percebam as reais competências do recém-nascido, pois, só assim, surgirá a vinculação.

De acordo com Gomes-Pedro (1986), os recém-nascidos possuem sentido de coordenação a nível dos vários sentidos e são as experiências do quotidiano que vão permitir

o seu aperfeiçoamento. O ser humano nasce capacitado de mecanismos de defesa que salvaguardam a sua sobrevivência, reagindo aos estímulos externos.

Para Lowdermilk e Perry (2009), o recém-nascido, para além das características físicas, apresenta, desde o nascimento, um conjunto de competências e comportamentos que lhe permitem interagir de forma ativa.

Contrariamente ao que os pais pensam, a investigação e os estudos, apesar de não existirem estudos recentes sobre as competências do recém-nascido, afirmam que o recém-nascido é dotado de um sistema de perceção com capacidades motoras e sociais, utilizadas logo após o nascimento.

Para Bee (1984), o recém-nascido possui inúmeros reflexos primitivos, alguns dos quais essenciais para a sua sobrevivência. Os reflexos de rotação (quando algo toca na sua bochecha, ele vira a cabeça nesse direção e procura algo para sugar), sucção (quando consegue pôr algo na boca, suga) e de deglutição (presente embora não coordenado com a respiração) são essenciais para a amamentação. Por sua vez, o reflexo de Moro (reage a sons muito altos, ao toque físico abrindo os braços e arqueando as costas) é útil porque afasta o recém-nascido do que é desagradável. O reflexo de Babinsky (ao tocar na planta do pé, abre e estica os dedos e depois encolhe) e de preensão (ao tocar na palma da mão, dobra os dedos para agarrar) são assim menos úteis.

Hockenberry (2006), tal como outros autores, dá especial ênfase às seguintes competências dos recém-nascidos: visão, audição, olfato, paladar, tato, temperamento e estado de sono/vigília.

A nível da visão, não totalmente formada ao nascer, o recém-nascido vê sombras, tem pupilas reativas à luz, pestaneja com facilidade. Consegue focar cerca de 20cm a 30cm (distância da mama à face da mãe).

Para Moura e Ribas (2004), este sentido é o menos desenvolvido, visto não haver estímulos intrauterinos, mas já parecem sensíveis aos objetos, defendendo-se dos objetos que se aproximam, puxando a cabeça para trás, fechando a pupila e os olhos aquando da lufada de ar.

Brazelton (2010) refere a fixação da bola vermelha a cerca de 30cm dos olhos. O recém-nascido fixa e é capaz de a seguir em todas as direções até a um ângulo de trinta graus. Há ainda recém-nascidos que reagem à face de quem o segura, podendo assim imitar a sua expressão.

Gomes Pedro (1986) aborda as questões primitivas do comportamento visual do recém-nascido: quando está alerta abre os olhos e mantêm-nos abertos se a luz não for demasiado forte; se está escuro procura a luz e dá preferência a zonas de contraste escuro/claro ou cores berrantes.

Segundo o estudo de Ribeiro (2011), o recém-nascido é capaz de compreender o rosto humano logo após o nascimento, o que faz com que fixe o rosto, seja capaz de perceber o contraste entre cabelo e pele ou até mesmo a coloração dos olhos e dos lábios. Desta forma, e de acordo com o mesmo estudo, esta capacidade permite que o recém-nascido faça um reconhecimento precoce dos rostos das pessoas que cuidam dele. Intuitivamente, quem segura o recém-nascido acaba por o posicionar de forma mais vertical como forma de promover a interação, tornando o recém-nascido um ser social.

No que respeita à audição, reconhece a voz da mãe. Tem preferência por vozes familiares e por sons rítmicos (ex.: batimento cardíaco materno). Brazelton e Cramer (2007) confirmam que a capacidade de ouvir é perceptível logo após o nascimento. O som de uma roca ou uma voz suave podem acordar o recém-nascido, tornando a sua respiração irregular e abrindo os olhos. Quando já está num estado de alerta, o bebé vira os olhos e a cabeça na direção do som, mantendo um olhar fixo e atento para descobrir de onde ele vem.

Brazelton (2010) denota um aumento do interesse do recém-nascido pela voz quando lhe falam suavemente ao ouvido, demonstrando um maior interesse pelos sons humanos do que pelos outros.

Gomes Pedro (1986) refere que os recém-nascidos já têm experiência auditiva desde o período pré-natal, a partir do 5º mês de gestação, respondendo de diferentes formas aos batimentos cardíacos e aos movimentos peristálticos intestinais da mãe ou a sons externos. Segundo o mesmo, o ritmo cardíaco do recém-nascido altera-se com a voz da mãe e, a grande maioria dos recém-nascidos, tem preferência pela voz humana, reagindo ao seu som.

De acordo com o estudo de Silva (2006), os órgãos auditivos tornam-se funcionais por volta da vigésima semana de gestação, o que vem comprovar as experiências sensoriais auditivas no meio intrauterino. Dentro do útero, reage aos estímulos sonoros, diminuindo a sua atividade motora. Por sua vez, já após o nascimento, diminui o choro perante sons de baixa frequência, como por exemplo: os batimentos cardíacos ou canções de embalar.

Montagner (2009) afirma que, após o nascimento, o recém-nascido tem de familiarizar-se com os novos ruídos, isto é, reconstruir as percepções auditivas do que o

rodeia. Conforme vai visualizando, vai dando um novo significado ao que ouve e ao que o rodeia.

O olfato é um sentido bastante apurado, distinguindo cheiros agradáveis de desagradáveis e sensível a odores fortes (ex.: perfumes). Reage a cheiros adocicados como é o exemplo do leite materno. De acordo com Brazelton e Cramer (2007), reage fortemente a alguns odores como o do álcool. Com poucas semanas de vida é capaz de distinguir o cheiro da mãe.

De acordo com o estudo de Silva (2006), momentos após o nascimento, o recém-nascido sente a necessidade de se alimentar e procura a mama da mãe através do cheiro. Tal facto faz com que a capacidade de reconhecimento do cheiro da mãe se torne um fator facilitador de interação mãe-filho. Assim, o olfato é uma forma de mãe e filho interagirem.

Para Borges e Gouveia (2001), quando uma mãe pega no recém-nascido, ele vira a face para a mama devido à sensibilidade ao calor, mas também pela sua capacidade olfativa. Aquando da amamentação, o nariz do recém-nascido está em contacto direto com a mãe, ficando o cheiro e a amamentação diretamente associados.

O desenvolvimento dos mecanismos neurofisiológicos, segundo Borges e Gouveia (2001) faz com que, a partir da vigésima semana de gestação, o feto experiencie a sensação de paladar, variando a ingestão de líquido amniótico, em função da presença, ou da introdução artificial de substâncias açucaradas.

A nível do paladar, segundo o estudo de Ribeiro (2011), o bebé distingue os quatro sabores básicos: salgado, doce, azedo e amargo, apresentando uma preferência pelo açúcar, o que o ajuda a adaptar-se à vida fora do útero, pois o leite materno é adocicado.

O tato é um dos meios de comunicação do bebé com os que o rodeiam. As zonas do corpo mais sensíveis são a boca, as palmas das mãos e as plantas dos pés. O toque pode funcionar como fator calmante e de estímulo. Para Borges e Gouveia (2001), a pele é o maior órgão corporal com diversas funções vitais, físicas e sensoriais, exercendo a função de barreira mecânica e de proteção para o recém-nascido.

Em 1986, Gomes Pedro, afirma que a necessidade de contacto corporal é mútua entre mãe e recém-nascido, desde os primeiros segundos de vida. As descobertas, a nível sensorial precoce, apuram as reações específicas de cada recém-nascido, promovendo desse modo a sua interatividade.

De acordo com o estudo de Ribeiro (2011), a pele é o principal órgão da percepção sensorial nas experiências vivenciadas pelo recém-nascido e é através das sensações tácteis que estabelece a comunicação.

Brazelton e Cramer (2007) também atribuem importância ao tato, classificam-no como a forma mais importante de comunicação entre pais e recém-nascido. Os autores afirmam que é através do tato que o recém-nascido comunica com quem cuida dele e pode servir para o acalmar, alertar e despertar. Estes autores referem que, conforme as zonas do corpo do recém-nascido onde se toca proporcionam respostas diferentes (exemplo: tocar à volta da boca – o recém-nascido agarra e quer mamar; pressão na palma da mão – o recém-nascido volta a cabeça e abre a boca para o mesmo lado).

O temperamento é variável de recém-nascido para recém-nascido. Surge aqui o choro e as diferentes formas de expressão de choro que o recém-nascido tem (ex.: por sono, fome, dor). Para Bee (1984), o recém-nascido chora quando precisa de alguma coisa, o que leva alguém a responder à sua necessidade e se torne um ser social. No entanto, para o recém-nascido, o choro ajuda-o a aprimorar a capacidade respiratória, porque faz inspirações mais profundas entre os choros. No fundo, o choro é importante pelo facto de servir como indício de desconforto, cuja informação se torna num sinal de alerta para os pais ou para quem cuida do recém-nascido.

De acordo com Nené e Sequeira (2016), o recém-nascido possui uma linguagem própria na tentativa de comunicar. Os primeiros dias de vida são a ocasião propícia para que os pais e o recém-nascido desenvolvam este conhecimento de forma mútua, permitindo aos pais antecipar e reconhecer as necessidades do recém-nascido, na maior parte das vezes manifestadas através do choro.

De acordo com Brazelton (2010), ao longo do dia, o recém-nascido varia os estados comportamentais, ou seja, não está sempre disponível para interagir. Tem fases de sono profundo (olhos bem fechados e está muito quieto) e de sono superficial (franze o sobrolho, os olhos movem-se embora com as pálpebras fechadas, mama na língua).

A diferenciação entre o estado de sono/vigília reside na disponibilidade do recém-nascido para interagir. Em caso de sono profundo, o mais restabelecedor para o recém-nascido e importante para o seu crescimento, os olhos estão fechados e encontra-se quieto. Se for um sono superficial, os olhos movem-se mesmo com as pálpebras cerradas, franze o sobrolho e é possível que se mova. No caso de sonolência, pode abrir e fechar os olhos, bocejar ou até mesmo mover as mãos.

Dentro do estado vígil, há o estado de alerta tranquilo e o estado de alerta irritado. No primeiro caso, o recém-nascido encontra-se acordado, com atenção e um olhar focado, embora nos primeiros dias, este estado seja visível em curtos períodos e a interação mais fácil. O estado alerta irritado que ocorre antes do choro e muitas vezes por estimulação excessiva, o recém-nascido apresenta movimentos descoordenados e desajeitados. Período em que se deve aconchegá-lo e acalmá-lo.

O estudo de Gasparetto e Bussab (2000), com base nos estados comportamentais descritos por Brazelton na escala Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) (estado 1 – sono profundo; estado 2 - sono REM; estado 3 - sonolência; estado 4 - alerta inativo; estado 5 - alerta ativo; estado 6 - choro intenso), confirmam que o estado comportamental de sonolência é o mais frequente nos recém-nascidos. No mesmo estudo, são ainda abordados quatro tipos de comportamentos do recém-nascido: comportamentos indicativos de instabilidade (treme uma parte ou todo o corpo); comportamentos auto tranquilizadores (traz a mão ou dedos à boca, estende os lábios ou abre a boca à procura da mão ou dedos para sugar); comportamentos indicativos de mal-estar (irritabilidade, movimentos com a boca com os lábios /ou maxilar, que sugerem expressão de choro); comportamento alerta (olha para face do adulto e/ou objetos atrativos do meio, apresenta olhos abertos, com olhar brilhante, focalizando a atenção sobre as fontes de estímulos).

É normal que durante o primeiro mês de vida, o recém-nascido tenha de se adaptar de forma gradual aos ritmos diurnos/noturnos bem como às rotinas da família. É importante que os pais respeitem os períodos de sono/vigília do recém-nascido, porque são aqueles em que está mais recetivo aos estímulos e reage de forma positiva e reconfortante para a família.

Apesar de Bower (1983) e outros investigadores, discordarem da existência de algo de social no sorriso do recém-nascido, associando a uma resposta reflexa a estímulos, para os pais, o sorriso é considerado a maior resposta social do seu recém-nascido.

Logo nos primeiros momentos após nascimento é possível observar um sorriso caracterizado como primitivo, apenas envolve a boca e a face, mas não parece chegar à fronte e aos olhos. Bower (1983) classifica-o com a ausência do caráter afetivo e emocional do verdadeiro sorriso e que, por norma, surge quando o bebé está a dormir, ou desperto para os estímulos exteriores.

1.4. Promoção da vinculação pai/recém-nascido: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

De acordo com o REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), a formação dos enfermeiros exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e profissionais que lhes permitem prestar cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Segundo Meleis (2000), o enfermeiro interage com a pessoa, que faz parte de um contexto cultural e social, quer na saúde/doença e na vivência de uma transição. Esta interação visa a condução de ações de forma a promover, restaurar ou facilitar a saúde. Os enfermeiros, neste caso específico o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os indivíduos que vivem transições para a parentalidade. De acordo com a mesma autora, é durante a prestação de cuidados que os enfermeiros desenvolvem intervenções que lhes permitem antecipar, diagnosticar ou avaliar a pessoa de forma a ajudá-la a lidar com as transições.

Toda a transição implica um cuidado transacional por parte do enfermeiro. Este cuidado adequa-se à individualidade de cada pessoa, promovendo a consciencialização e a capacitação dessa pessoa para restabelecer o equilíbrio e a estabilidade física, psicológica e emocional. De entre todas as transições que acompanham a existência humana, a que mais se destaca é o momento em que se é pai ou mãe.

O conhecimento dos pais em relação ao recém-nascido é, segundo Lowdermilk e Perry (2009), um dos fatores mais importantes para a vinculação após o parto. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem um papel de extrema importância nesta fase do ciclo vital, preparando os pais no pré-parto até se dar o encontro com a realidade. Estas autoras apontam várias intervenções de enfermagem que promovem a vinculação entre pais e filhos, embora não sejam exclusivos da figura paterna.

Nesta linha de pensamento, Delfino (2012) considera determinante para o bem-estar da tríade mãe/pai/filho, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia desenvolva intervenções que visam promover a relação emocional segura entre eles, de forma a desenvolver as etapas do processo de vinculação. São assim aspetos facilitadores da vinculação e intervenções de enfermagem, promover o contacto visual, examinar o recém-nascido junto dos pais, permitir aos pais a participação nos cuidados ao recém-nascido, proporcionar alojamento conjunto da tríade, criar a privacidade e a individualização dos

cuidados. A privacidade é fundamental na promoção da vinculação, uma vez que permite ao casal explorar o seu bebé, sem a presença de outras pessoas.

O ESSMO pode ter um papel ativo na promoção da vinculação logo desde os primeiros segundos de vida do recém-nascido. Todo e qualquer procedimento prestado ao recém-nascido longe do olhar dos pais vai provocar ansiedade, receio ou angústia nos mesmos. Então, de forma a evitar uma interferência negativa no contacto inicial e no desenvolvimento do vínculo, todos os cuidados devem ser realizados na sala de partos, permitindo a interação contínua dos pais.

De acordo com o estudo de Pereira (2009), existem inúmeras intervenções precoces que os pais podem desenvolver na sala de partos, como o contacto físico e visual com o recém-nascido, o corte do cordão umbilical, pegar ao colo e acalmar o bebé, vesti-lo ou colocar a fralda. Todas estas intervenções fazem com que o pai se aproxime da díade mãe/bebé.

Perdomini (2010), no seu estudo, conclui que o primeiro contacto físico do pai com o recém-nascido é relatado pelos pais como gratificante e um momento único, assim como o corte do cordão umbilical e ouvir o seu bebé chorar pela primeira vez.

Já Pestvenidze e Bohrer (2007) abordam o contacto pele a pele com o recém-nascido como uma estratégia, referida em alguns estudos, facilitadora da vinculação, uma vez que promove sentimentos de proteção e de ligação física e emocional ao bebé.

Os recém-nascidos dotados deste conjunto de competências conseguem sobreviver e adaptar-se ao meio extrauterino e, em simultâneo, favorecer o envolvimento emocional com os pais. Sá (2004) denominou este conjunto de competências por: competências para a relação ou competências para a vinculação. Segundo o mesmo autor, o conhecimento sobre o estado vígil do recém-nascido é importante, porque influencia a interação do pai/recém-nascido, constituindo mensagens que devem ser interpretadas pelos pais.

De acordo com o estudo de Pereira (2009), entende-se que as primeiras horas após o nascimento, a tríade deve permanecer junta e tranquila, aproveitando todas as capacidades que o recém-nascido tem para interagir. A capacidade de interação do recém-nascido com o meio envolvente e com os pais depende dos seus cinco sentidos, da sua capacidade de transmitir informação, que nesta fase do ciclo de vida se resume ao choro, ao sorriso reflexo e à sua capacidade de interação, de acordo com os seus reflexos.

Segundo Pereira (2009), os pais identificam a mulher como a fonte principal de informação no pós-parto, mas que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e

Obstetrícia, mais que qualquer outro profissional, pode ser uma fonte significativa para os pais no período pós-natal. Assim sendo, o ESSMO encontra-se numa posição privilegiada para lhes dar apoio, transmitindo incentivo para a interação com o recém-nascido, ajudando a criar uma relação de afetos, fundamentais para se promover a vinculação.

Para a mesma autora, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem um papel importante no sentido de facilitar a aprendizagem, aumentar a consciência dos pais sobre os cuidados prestados ao recém-nascido, de forma a fortalecer a autoconfiança, estimular sentimentos de competência, incentivar à aprendizagem e à participação nos cuidados.

2. Percurso metodológico da intervenção

Este relatório reflete um percurso que visa a aquisição de novos conhecimentos e competências, tendo por base uma intervenção sistematizada com objetivos previamente definidos, com suporte em pressupostos de pesquisa científica. Para Fortin (1999) a investigação científica caracteriza-se por um processo sistemático, realizado com o objetivo de validar conhecimentos prévios e/ou adquirir novos conhecimentos que irão influenciar a prática clínica.

2.1. Problemática, justificação e objetivos da intervenção

Vista a importância da evidência na prática de cuidados para a evolução/enriquecimento da carreira profissional, melhoria de qualidade desses cuidados e consequentemente a qualidade de vida da população, identificando-se necessidades e focos de atenção em enfermagem, decidiu-se por uma intervenção sistematizada ao longo do estágio.

A vinculação é entendida como uma ligação emocional que o recém-nascido desenvolve com os seus progenitores, os seus prestadores de cuidados, durante o primeiro ano de vida, necessária à vida humana, atribuindo uma importância na construção da personalidade da criança (Katheryn *et al.*, 2015). Para o favorecimento desta vinculação é importante o reconhecimento das competências do recém-nascido uma vez que é a forma que ele tem de interagir e comunicar com os pais.

Perante estes pressupostos e diagnóstico de necessidades realizado, ao longo do estágio anterior, emergiu a necessidade de intervenção com vista à *Promoção da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida*.

A escolha desta intervenção foi feita por se enquadrar numa problemática atual e pertinente, onde se verificam mudanças na estrutura, organização, modo de funcionamento das famílias e, em particular, o papel do homem como pai. Associado a estas mudanças, surgem outras necessidades de resposta, particularmente no que se refere à adaptação à nova situação de vida e aos processos de transição, nos quais se insere a parentalidade e em particular a vinculação pai - recém-nascido.

Perante a proposta de intervenção, definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Promover a vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida.

Objetivos Específicos

- Descrever o significado de vinculação atribuído pelo pai;
- Descrever o conhecimento do pai acerca das competências do recém-nascido promotoras da vinculação;
- Identificar competências do recém-nascido promotoras da vinculação reconhecidas pelo pai;
- Identificar condições facilitadoras da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida;
- Identificar condições dificultadoras da vinculação pai - recém-nascido nas primeiras horas de vida.

2.2. Participantes

No planeamento da intervenção pretendeu-se definir a população alvo e que segundo Maroco e Bispo (2003), a população é um grupo limitado ou ilimitado composto por humanos, objetos ou eventos sobre a qual estamos interessados em generalizar. Neste sentido, foi necessário determinar a população alvo de cuidados, face aos objetivos previamente definidos.

Neste pressuposto a população alvo para esta intervenção foi constituída por pais/homens pela primeira vez, que aceitassem participar na intervenção programada de forma livre e esclarecida (Apêndice A), cujo parto da esposa/companheira fosse eutócico, no serviço de obstetrícia do Hospital de Santa Luzia e o recém-nascido apresentasse boa adaptação à vida extrauterina, nas primeiras 24 horas de vida, cuja estadia em sala de partos coincidissem com o tempo de estágio do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia proponente da intervenção.

O número total de participantes foi de nove pais.

2.3. Procedimento da intervenção

Tal como referido em capítulos anteriores, a promoção da vinculação pai - recém-nascido constitui um foco de atenção em cuidados especializados em enfermagem. Face aos pressupostos e à importância da intervenção, é chegado o momento de definição das linhas orientadoras para a prática de cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, tendo em conta os objetivos definidos.

O percurso metodológico da intervenção foi constituído por dois momentos. O primeiro momento realizou-se aquando da admissão ao casal, ou seja, durante a avaliação inicial, procurando-se realizar uma abordagem exploratória, no sentido de indagar e interpretar o conhecimento dos pais sobre o significado de vinculação, bem como o conhecimento das competências do recém-nascido promotoras da vinculação pai – recém-nascido. Neste seguimento, eram criados momentos de formação informal transmitindo aos pais informação que enfatizava a importância da vinculação precoce, contribuindo para a capacitação dos participantes face aos aspetos favorecedores da interação pai – recém-nascido, nas primeiras horas de vida.

No segundo momento, realizou-se uma entrevista semiestruturada (apêndice B), após as primeiras horas de vida do recém-nascido e, durante o internamento da sua companheira e do recém-nascido. Com este instrumento procurou-se compreender a vivência do pai na vinculação com o recém-nascido nas primeiras horas de vida, o reconhecimento das competências do recém-nascido promotoras da vinculação, assim como a perceção dos aspetos facilitadores e/ou dificultadores dessa vinculação.

2.4. Instrumento e método de colheita de dados

Nesta intervenção foi utilizada, como instrumento de colheita de dados, a entrevista semiestruturada, por parecer o meio que melhor se enquadrava. Tal como refere Bardin (2013), a entrevista permite compreender a perspetiva dos participantes sobre a problemática em causa, na medida em que constitui uma forma de perceber e diagnosticar preocupações, desejos e experiências dos mesmos na sua singularidade.

É fundamental referir que foram atendidos os princípios éticos legais, cujos direitos da pessoa foram assegurados e protegidos em todos os momentos da intervenção, assim

como o direito à autodeterminação, em que a pessoa teve a liberdade de decidir livremente sobre a sua participação (Fortin, 1999).

Segundo a mesma autora, foi respeitado o direito ao anonimato e confidencialidade. Foi praticado o direito a um tratamento justo e legal, relacionado com o direito da pessoa ser informada sobre o fim, a natureza e a duração da intervenção para a qual fora solicitada a sua participação, assim como os métodos utilizados (ibidem).

Deste modo, tornou-se imperativo assegurar aos participantes o anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos dados, assim como o direito de mudar de ideias e abandonar a sua participação, sem qualquer penalização e obrigatoriedade de justificação do abandono.

Procedeu-se à aplicação dos instrumentos de colheita de dados no período compreendido entre setembro e novembro de 2017, depois ter sido solicitado pedido de autorização à Comissão Ética da ULSAM (Apêndice C) e do parecer favorável, emitido pela referida Comissão (Anexo A).

Após a recolha de dados, foi feita a transcrição na íntegra dos discursos dos participantes. Como metodologia de tratamento de dados, foi utilizada a análise de conteúdo, permitindo através de um conjunto de técnicas de análise, obter indicadores que permitiram a dedução e/ou inferência e conhecimentos, relativos às condições de perceção das mensagens, através de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2013).

2.5. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Na presente intervenção, como referido anteriormente, participaram 9 pais cujo parto da esposa/companheira foi eutócico, na maternidade do Centro Hospitalar do Alto Minho e o recém-nascido apresentou boa adaptação à vida extra uterina, nas primeiras horas de vida.

No que respeita à caracterização socio demográfica, verificou-se que as faixas etárias dominantes, dos pais participantes, é a dos 25 aos 30 anos e dos 35 aos 40 anos, sendo a média de idades de 27,4 anos. O pai mais jovem e o pai mais velho tinham respetivamente 22 e 36 anos.

Dos 9 pais, 5 são casados, 3 vivem em união de facto e 1 é solteiro. No que refere às habilitações académicas, 5 pais enquadram-se no ensino superior com licenciatura e

mestrado, seguindo-se 3 pais com habilitações académicas ao nível do ensino secundário e 1 pai como habilitações a nível do ensino básico.

Verificou-se, ainda, que 5 pais frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade e 4 pais não o frequentaram.

Da análise dos discursos das entrevistas realizadas nos dois momentos, surgiu como área temática a vinculação precoce pai – filho, antes e após o nascimento, do qual emergiram as categorias e as subcategorias apresentadas no quadro 1.

A partir das categorias, foram organizadas as subcategorias e as respetivas unidades de análise correspondentes em matrizes (Apêndice D).

Quadro 1 – Área Temática, categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo dos discursos dos participantes

Área Temática	Categorias	Subcategorias
Vinculação precoce pai - filho	Significado de vinculação atribuído pelo pai no momento da admissão	Ligação ao feto imaginário
		Sem conhecimento
	Conhecimentos do pai acerca das competências do recém-nascido promotoras da vinculação	Com conhecimento
		Sem conhecimento
	Vivência do pai na vinculação ao recém-nascido pós nascimento	Perceção da vinculação com o recém-nascido real
		Competências do recém-nascido
	Competências do recém-nascido promotoras da vinculação reconhecidas pelo pai	Audição
		Visão
		Tato
		Olfato
		Paladar
		Estados comportamentais
		Reflexos primitivos
	Condições facilitadoras da vinculação pai - recém-nascido	Apoio das aulas de preparação para o parto e parentalidade
		Apoio da equipa de enfermagem no internamento
		Informação do EESMO no início da intervenção
		Competências do recém-nascido
	Condições dificultadoras na vinculação pai - recém-nascido	Dificuldade de resposta às necessidades do recém-nascido
		Insegurança

Na fase da admissão inicial ao casal e, da análise dos discursos dos participantes no primeiro momento, e no que respeita ao significado de vinculação atribuído pelo pai, verificou-se que 5 pais não têm conhecimento sobre vinculação.

Pressupõe um vínculo, certo? Mas se me pede para dizer ao certo o que isso é eu não sei. E1

Constatou-se ainda que 3 pais foram confrontados com esta realidade, não atribuindo qualquer significado ao termo vinculação.

Vinculação? Não faço a mais pequena ideia do que isso seja. E6

Os restantes 4 pais revelaram significado sobre vinculação como uma ligação ao feto imaginário.

Falámos disso nas aulas de preparação para o parto e parentalidade mas não vejo como é que isto se aplica na vida real. Até ao momento do nascimento está tudo no campo do imaginário. E4

Para além desta referência, 2 pais falaram da ligação ao filho pós-nascimento, sendo que 1 deles fez maior associação à ligação mãe-filho.

Nos primeiros tempos penso que desenvolve um forte vínculo com a mãe devido a vários fatores entre os quais o facto de o alimentar. E9

Os dados apresentados parecem ser reveladores de foco de atenção em enfermagem, uma vez que se sabe da importância da vinculação precoce, tal como indica o estudo desenvolvido por Schmidt (2009) sobre a vinculação pré-natal, que afirma ser durante a gravidez que se começa a estruturar uma relação de vinculação precoce.

Para Sá (2004), a interpretação que os pais fazem em relação aos movimentos fetais, o comportamento de acarinhar a região abdominal materna bem como o facto de falar com o feto, constituem uma forma de vinculação precoce.

Já Cardoso (2014), no seu estudo refere que o desenvolvimento do papel de pai e das competências parentais, assim como a vinculação, são desenvolvidas a partir do momento em que o casal descobre que vão ser pais.

Relativamente aos conhecimentos do pai acerca das competências do recém-nascido promotoras da vinculação, no momento inicial, emergiram duas subcategorias: pais que revelaram conhecimento sobre as competências do recém-nascido e pais que não possuíam conhecimento.

Dos 9 pais entrevistados, 3 pais revelaram conhecimento sobre competências comportamentais, sendo o mais frequente a abordagem de competências relacionadas com a audição e a visão.

Há quem diga que eles no início não conseguem visualizar as pessoas. Contudo, já li em alguns documentos que eles conseguem ver cerca de 30cm – distância da cara da mãe à mama. E3

Os outros 5 pais afirmaram não possuir qualquer tipo de conhecimento relativamente às competências do recém-nascido.

Não sei nada de especial. E8

No final da entrevista, no momento da admissão a cada um dos casais, constatou-se que este grupo de pais participantes revelavam poucos conhecimentos nesta fase, o que revelou ser um foco de atenção em enfermagem, tornando-se o momento privilegiado para a informação, como forma de empoderamento destes pais face ao reconhecimento das competências do recém-nascido e, deste modo, facilitar a vinculação precoce.

No segundo momento da intervenção, após a análise dos discursos dos pais, emergiram 4 categorias: vivência do pai na vinculação ao recém-nascido, competências do recém-nascido reconhecidas pelo pai promotoras de vinculação, condições facilitadoras da vinculação pai - recém-nascido e condições dificultadoras da vinculação pai - recém-nascido.

Por conseguinte, na categoria da vivência do pai na vinculação ao recém-nascido sobressaíram duas subcategorias: percepção da vinculação com o recém-nascido real e as competências do recém-nascido.

Pela análise dos discursos dos participantes sobre a vivência do pai na vinculação ao recém-nascido, após o nascimento, destacam-se 4 pais que referiram ter uma maior percepção de vinculação após o nascimento do seu recém-nascido. Tal como proferido por Cunha (2013), a relação de vinculação foi mais perceptível pelo contacto com o recém-nascido real. *Agora é real. Posso vê-la tocar-lhe... e por mais estranho que pareça dá para interagir. À maneira dela mas dá. E4*

Por outro lado, 4 pais revelaram percepção do significado de vinculação quando reconheceram as competências do recém-nascido.

Não estava à espera de ver tanta habilidade na M. e acho que estas pequenas/grandes competências dela facilitam a nossa aproximação. Ver que um bebé é muito mais do que comer e dormir ajuda neste processo em que passamos a ser três. E7

Face ao exposto, parece evidente que o contacto com o recém-nascido real, associado à compreensão das competências do recém-nascido, proporcionou uma melhor percepção dos pais em relação à vinculação.

Segundo o estudo de Brandão (2009), o facto de ser permitido o contacto entre o pai e o recém-nascido, nas primeiras horas de vida, traduziu-se numa evolução do papel paternal, que provou a importância do primeiro contacto precoce entre o pai e o recém-nascido.

Brazelton e Cramer (2007) corroboram que o facto do recém-nascido reagir rapidamente ao que o rodeia, pode reforçar a vinculação. Para além disso, segundo os mesmos autores, o recém-nascido possui aptidões que vão de encontro às expectativas do adulto e que são favorecedoras da vinculação.

Os recém-nascidos são agentes ativos na interação, as suas competências são bem conhecidas, permitindo aos pais um diálogo enriquecedor com o seu filho, logo após o nascimento. Neste caso concreto, a maioria dos pais reconheceram competências nos seus recém-nascidos e que esse aspeto foi favorecedor da vinculação.

De acordo com o estudo de Delfino (2012), os primeiros tempos de vida são determinantes no processo do desenvolvimento do recém-nascido e na sua forma de interagir com aquilo que o rodeia. Estes primeiros dias de vida servem de base à relação com os outros e à construção de uma imagem de si e dos seus cuidadores. Katheryn *et al.* (2015) defendem que os recém-nascidos atribuem o significado de segurança aos pais quando a experiência de vinculação é positiva.

No que respeita à segunda categoria referente às competências do recém-nascido promotoras da vinculação reconhecidas pelo pai, emergiram as seguintes subcategorias: audição, visão, tato, o olfato, o paladar, os estados comportamentais e os reflexos primitivos.

Desta forma, em relação à audição, 4 pais reconheceram este sentido como promotor de vinculação.

Para ser sincero acho que ela consegue diferenciar os sons, pelo menos reage melhor à minha voz e da mãe do que à dos nossos familiares (...) quando cai alguma coisa parece que se assusta. E7

Destes pais, 1 revelou que é um sentido que vem desde a gestação.

A audição já vem desde a barriga. Reagia muito bem à música e agora também já experimentamos e acalma o choro. E7

De acordo com Pereira (2009), após o nascimento, o recém-nascido volta nitidamente os olhos ou a cabeça na direção do som. Contudo, ruídos inesperados provocam uma reação de sobressalto, enquanto que os barulhos rotineiros não provocam qualquer reação. Na mesma linha de pensamento, os recém-nascidos são sensíveis à voz humana e, deste modo, os pais devem ser incentivados a falar. O facto de reconhecerem a capacidade do filho reagir à voz deles pode fomentar o vínculo.

Sá (2004) afirma que logo após o nascimento, o recém-nascido tem capacidade para dirigir a atenção para um rosto humano e entrar em interação com ele, embora apresente diminuição da acuidade visual.

Nas primeiras horas de vida, o campo de visão do recém-nascido permite-lhe ter percepção de objetos a uma distância de cerca de 25 cm, o que corresponde à distância entre o recém-nascido e mãe, aquando da amamentação ou quando o pai pega nele ao colo, (Sá, 2004). Esta competência foi reconhecida pelos pais, identificando-a mais com a audição, referindo o direcionamento do olhar do recém-nascido para o lugar de onde provinha o som.

Também acho engraçado ele tentar dirigir o olhar para os locais de onde ouve as nossas vozes. E fica com um olhar sério como se estivesse a compreender o que estamos a dizer. E2

Este reconhecimento está de acordo com o estudo realizado por Brazelton e Cramer (2007), concluindo que, quando os pais pegam no recém-nascido ao colo e o colocam próximo da sua face, este fica mais calmo e abre os olhos, favorecendo o vínculo entre ambos.

Para além destas duas competências, 2 pais identificaram a reação do recém-nascido a um estímulo de luz.

A visão parece-me ser o sentido menos desenvolvido até porque o olhar é muito vago e pouco direcionado. É como se estivesse a olhar mas não estivesse a ver, se bem que reage à luz. Tirei uma foto com flash e não gostou nada. E7

Brazelton e Cramer (2007) afirmam que o reconhecimento visual tornou-se rapidamente um sinal reconfortante para os pais, uma vez que provava que ele os percecionava e esta faculdade do recém-nascido estava presente.

Para Pereira (2009), o tato é acionado ainda na vida intrauterina através dos movimentos da mãe. Após o nascimento, o tato é utilizado para pegar ao colo, acalmar e acariciar o recém-nascido e, desta forma, a estimulação tátil contribui para o desenvolvimento afetivo entre os pais e recém-nascido.

A nível do tato, 3 dos pais entrevistados tiveram a percepção do mesmo como resposta do recém-nascido a um estímulo.

A nível do toque só me apercebo que quando está com o sono mais leve e lhe tocamos se assusta. Assim como se sente mais confortável no meu colo e da mãe do que no das outras pessoas. E5

Este tipo de toque afetivo revela-se como um fator promotor de vinculação entre pai - recém-nascido, corroborado por Min *et al.* (2016), no seu estudo piloto, apontando diferenças a nível hemodinâmico e de vinculação em recém-nascidos aos quais foi

proporcionado o toque como fonte de carinho em relação àqueles que foram privados desse toque.

Ribeiro (2011) afirma que, nos primeiros tempos, a relação entre um recém-nascido e os seus pais é criada através de contactos corporais que permitem ao recém-nascido associar um odor a um comportamento, como por exemplo a amamentação.

Brazelton e Cramer (2007) afirmam que os recém-nascidos possuem o olfato apurado e que conseguem fazer a diferenciação entre cheiros agradáveis e cheiros desagradáveis.

Neste caso em concreto e no que respeita ao olfato, foi observado por 2 pais o reconhecimento do cheirar da mama pelo recém-nascido, aquando da mamada e o reconhecimento do cheiro materno.

A nível do olfato só me pareceu que ela cheira o seio quando está a mamar e encosta-se muito ao pescoço da mãe. E7

Esta perceção dos pais está de acordo com Silva (2006) quando refere que os odores maternos parecem desempenhar um papel tranquilizador e favorecem o adormecimento do recém-nascido. Segundo a mesma autora, o olfato é o primeiro sentido que lhe permite fazer a diferença entre a mãe/o pai e as outras pessoas.

Outro dos sentidos que têm influência na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina é o paladar. De acordo com Pereira (2009), os mecanismos neurológicos que possibilitam as sensações do paladar são desenvolvidos ainda durante a gestação e o recém-nascido é capaz de distinguir diferentes sabores que desencadeiam diferentes respostas.

Relativamente ao paladar, 6 dos 9 pais conseguiram identificar essa competência no seu recém-nascido aquando das mamadas. Para eles, foi notório o degustar do leite materno por parte do recém-nascido e, em alguns casos, quando foi utilizada a sacarose.

Para o pôr a mamar temos que pôr umas gotas de leite na boca e só depois é que começa a mamar em condições. Nota-se perfeitamente que gosta do sabor do leite. E5

Brandão (2009) refere que o envolvimento emocional entre o pai e o recém-nascido, capacita-o para prestar cuidados básicos ao recém-nascido e é fundamental para a sua sobrevivência, uma vez que o bebé humano só sobrevive com cuidados, mas também desenvolve as suas habilidades de comunicação e as suas aptidões sociais.

No que concerne aos estados comportamentais, os pais abordaram o sono e o choro. Relativamente ao choro, 4 pais reconheceram a forma como o recém-nascido respondia às tentativas de reconforto por parte dos pais.

Não tinha noção que os recém-nascidos fossem tão expressivos e subjetivos ao meio em redor deles, assustam-se e só sossegam no conforto dos braços e do nosso mimo. E9

A observação é uma constante no recém-nascido. O recém-nascido observa quando olha, quando ouve, quando cheira, quando degusta ou quando toca. Estas competências revelam a sua autonomia e estabelecem vínculos a partir do que observam, (Reis, 2006).

Relativamente ao sono, 2 pais referiram terem sido capazes de fazer a diferenciação das diversas fases do sono.

Já me apercebi que tem um sono mais leve e despertável e outro mais profundo. E3

Para Pereira (2009), o recém-nascido é dotado de um conjunto de reflexos, desencadeadas por estímulos que impressionam os seus pais. Este conjunto de habilidades tendem a favorecer a sua adaptação ao ambiente e favorece a interação com os pais. A resposta reflexa do recém-nascido a um estímulo externo permite aos pais prever o comportamento do mesmo, promovendo os cuidados parentais e favorecendo o vínculo.

O reconhecimento dos reflexos primitivos do recém-nascido incidiu mais na observação dos pais, no momento da realização do exame físico ao recém-nascido, pelo pediatra, quando confirmava a presença desses mesmos reflexos. Assim, 3 pais foram capazes de identificar a resposta do recém-nascido ao estímulo, desencadeado pelo pediatra.

A pediatra a fazer os testes todos e num deles parecia que a ia deixar cair. Não sabia que uma bebé tão pequena podia ter sustos (teste de moro) (...) e também andou, é uma pequena habilidosa.

E6

Passando à categoria relativa às condições facilitadoras da vinculação pai/recém-nascido e da análise dos discursos dos pais emergiram as subcategorias: apoio das aulas de preparação para o parto e parentalidade, apoio da equipa de enfermagem no internamento, a informação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no início da intervenção e as competências do recém-nascido.

O apoio das aulas de preparação para o parto e parentalidade foram apontadas por 3 pais como uma mais-valia, pelo facto de terem adquirido conhecimentos sobre as competências dos recém-nascidos.

Isto é um misto de muitas coisas (...), o que nos foi transmitido nas aulas de preparação para o parto e os conselhos da família. E5

Tal como Brandão (2009) refere, a interação entre a equipa de saúde e o casal pode facilitar o fortalecimento precoce dos laços afetivos entre a tríade, dando suporte emocional e segurança, atuando de forma sensível e integrando, de forma adequada, o pai nos cuidados.

Estes aspetos favorecem a compreensão do momento, a participação ativa do pai nos cuidados e estimula a formação do vínculo entre eles.

Como Cunha (2013) afirma, embora a maioria dos estudos incida na educação pré-natal, o pós-parto pode ser considerado uma janela de oportunidades dado que, durante o internamento, os pais estavam muito recetivos à informação e ao apoio, identificando o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia como principal fonte de informação. Segundo a mesma autora, neste período, os pais referiram sentir a necessidade de obter informação dirigida e, uma vez que tinham a possibilidade de passar a noite no serviço, tornava-se benéfico proporcionar-lhes uma maior oportunidade de prestar cuidados ao recém-nascido. Estudo corroborado por 3 pais, que consideraram um fator facilitador, o apoio e a disponibilidade da equipa de enfermagem no internamento, dando-lhes orientações e conselhos práticos no que dizia respeito às questões relacionadas com amamentação.

Mas o que realmente nos tem ajudado são os conselhos práticos das enfermeiras e toda a atenção e dedicação para connosco. E3

Silva (2006) reforça a necessidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia apoiar os pais neste processo de conhecimento do recém-nascido, transmitindo-lhes a informação necessária e incentivando-os à estimulação do mesmo. É importante a transmissão das noções necessárias acerca das competências do recém-nascido. Capacitar os pais para estas competências pode reduzir-lhes a ansiedade e potenciar o relacionamento deles com recém-nascido.

A informação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, no início da intervenção, também foi referida por 4 pais como um aspeto facilitador, simplificando-lhes o estado de alerta face ao reconhecimento das competências do seu recém-nascido.

O facto de ter falado connosco sobre as competências dos bebés ajudou a que estivéssemos mais atentos ao que ela faz e facilitasse este processo de aprendizagem (...) alargou a conversa para além das competências e quero agradecer-lhe por isso. E7

A importância deste conhecimento e reconhecimento das competências do recém-nascido é defendido por Ribeiro (2001), sugerindo que a capacidade dos pais em se adaptarem às competências e às características individuais do seu recém-nascido favorece a criação sólida dos primeiros vínculos, que promovem os afetos, as emoções e uma fiel adaptação social.

Tal como referido por Cunha (2013), os cuidados realizados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia devem ser iniciados o mais precocemente

possível, de forma a diminuir a ansiedade do casal durante este processo de transição. Reforçar a autoconfiança do pai, faz com que este se sinta incentivado e apto para participar ativamente nos cuidados ao recém-nascido. O meio percursor dessa autoconfiança centrou-se na informação e no apoio facultados aos pais, quando estes entravam no processo de paternidade com conhecimentos e expectativas realistas, para enfrentar com sucesso as dificuldades sentidas.

As próprias competências do recém-nascido foram reconhecidas por 6 dos 9 pais como um aspeto facilitador na vinculação com o recém-nascido.

Não tinha noção que os recém-nascidos fossem tão expressivos e subjetivos ao meio em redor deles. E9

Por último e relativamente às condições dificultadoras da vinculação pai - recém-nascido, os pais referem a dificuldade em resposta às necessidades do recém-nascido e sentirem insegurança.

A dificuldade na resposta às necessidades do recém-nascido centrou-se nas questões da amamentação e no modo de acalmar o choro do recém-nascido. Deste modo, 4 pais referiram sentir dificuldades na resposta às carências do recém-nascido e 2 pais referiram estarem constantemente perante informação nova, facto que os levava a ter medo de vacilar.

Muitas dificuldades (...) não tem sido nada fácil gerir esta parte de pôr a bebé a mamar. Temos que ser nós a acordá-la senão passa muito tempo sem mamar (...) é muita informação ao mesmo tempo. Já era nas aulas e agora piorou. E4

A insegurança fora relatada por 3 pais. As incertezas face às novas rotinas e o facto do recém-nascido só se manifestar através do choro, dificultava a tomada de consciência das suas reais necessidades.

Todas estas inseguranças e incertezas das rotinas. Ainda precisamos da aprovação para quase tudo (...) temos medo de não estar a fazer as coisas da forma mais correta. E5

Este sentimento dos pais está de acordo com Cunha (2013), quando diz que habitualmente, após o nascimento, os pais se confrontam com as maiores dúvidas e dificuldades, por vezes, associadas a informações contraditórias no seio da família e dos amigos, a par do desempenho de novos papéis, o de pai e o de mãe. Estes fatores apontam a necessidade de preparar os pais para a alta, de forma a terem um bom desempenho pessoal, sentirem-se suficientemente seguros e que vivam esta transição com o mínimo de dificuldades.

Por outro lado, Silva (2006) reforça a necessidade dos pais reconhecerem os diferentes tipos de choro do recém-nascido, permitindo-lhes a identificação de algumas das suas necessidades e a perceber como lhes dar resposta, da melhor forma possível. Como Meier (2016) revela, o facto dos pais compreenderem as necessidades do seu recém-nascido facilita o processo de vinculação de forma segura.

Em suma, e de acordo com Brandão (2009), o conhecimento do pai em relação às competências do recém-nascido é um fator importante para a vinculação, imediatamente após o parto. Esta autora refere que o contacto visual, o toque, a fala e a exploração atenta são estratégias que os pais utilizam para conhecer o seu bebé. São enumeras as intervenções de enfermagem que promovem o vínculo entre pais e filhos, embora não sejam exclusivos da figura paterna. Face ao exposto, cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia ter um olhar atento sobre cada pai/casal/tríade e adaptar as intervenções às necessidades de cada um.

A aquisição de competências não é um processo imediato, trata-se de um conhecimento mútuo pais/recém-nascido que se desenvolve gradualmente, ao longo da evolução da relação entre eles (Silva, 2006).

2.6. Conclusões, limitações e recomendações

Após a intervenção constatou-se que, cada vez mais, o pai participa no acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto e permanência na maternidade, sendo relevante a importância da sua presença para adquirir a sua própria experiência pessoal no nascimento de um filho.

Numa retrospeção à intervenção implementada, conclui-se que:

No momento da admissão do casal, no bloco de partos, os pais apresentaram poucos conhecimentos acerca do significado de vinculação, bem como sobre as competências do recém-nascido promotoras da vinculação precoce.

No que respeita à vinculação, os pais associavam-na à ligação ao feto imaginário, mas a maioria não tinha conhecimentos ou foram confrontados, pela primeira vez, com este tema.

Os pais apresentavam um déficit de conhecimentos no que respeita às competências do recém-nascido, nomeadamente em relação a audição, visão, tato, olfato, paladar, estados comportamentais e reflexos primitivos.

Após o nascimento dos filhos, os pais mostraram mais conhecimento sobre vinculação e maior reconhecimento das competências dos recém-nascidos promotoras da vinculação precoce. Deste modo, a vivência dos pais, centrou-se na perceção da vinculação com o recém-nascido real e com as competências do mesmo.

No que respeita às competências do recém-nascido, os pais identificaram a audição, visão, tato, olfato, gosto, estados comportamentais e reflexos primitivos no seu filho, caracterizando-as como um aspeto facilitador do vínculo pai - recém-nascido.

Os pais apontam, como aspeto favorecedor à vinculação, a intervenção no momento de admissão, tornando-os mais despertos para as competências do seu recém-nascido, adequando as suas expectativas no exercício de níveis de estimulação mais ajustados. Outro fator positivo mencionado, como favorecedor da vinculação por parte dos pais, foi o apoio da equipa de enfermagem durante o período de internamento, assim como a frequência dos cursos de preparação para o parto e parentalidade, apontados como fonte de conhecimento e segurança para esta nova realidade. Embora o grupo participante tenha sido pequeno, encontraram-se alguns parâmetros descritos na literatura que podem condicionar os comportamentos de expressão da vinculação e que levam à reflexão acerca da adequação da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, em relação ao pai e às competências do recém-nascido, que deverá merecer uma maior atenção.

No que se refere às limitações relativas à intervenção, estas prenderam-se com o número reduzido de participantes e a realidade num contexto muito específico, assim como a inexistências de estudos recentes sobre as competências do recém-nascido promotoras da vinculação.

Outra limitação, enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, prendeu-se com a inexperiência durante a realização da entrevista semiestruturada de forma a focalizar os relatos dos pais para as áreas a aprofundar.

O aprofundamento de conhecimentos nesta área, permitiu verificar que é necessário um novo olhar sobre este pai que deixa de ser espectador e passa a ter uma participação ativa no nascimento do seu filho. Para tal, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve identificar o pai como um elemento fundamental durante este processo do ciclo vital. Isto posto, recomenda-se:

Em contexto de curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e/ou noutro contexto assistencial em saúde materna e obstetrícia, proporcionar maior enfoque à capacitação dos pais para o conhecimento e reconhecimento das competências dos seus filhos, o que poderá contribuir para uma maior confiança ao lidar com o recém-nascido, o que lhes vai permitir focalizar a atenção para os comportamentos e as oportunidades que os seus recém-nascidos proporcionarem após o nascimento.

Divulgação dos resultados desta intervenção para a sensibilização das equipas de enfermagem e multidisciplinares como estímulo para a consolidação da promoção da vinculação precoce.

Realização de estudos de maior abrangência para aprofundamento do conhecimento científico, uma vez que esta intervenção se desenvolveu num contexto específico e num momento muito particular.

Considerações finais

Em jeito de conclusão, a área de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia exige um constante ato de reflexão interior e de racionalidade. Deste modo, o enfermeiro especialista desempenha a sua atividade de acordo com as normas deontológicas, que definem o comportamento esperado nos enfermeiros, tendo por base os direitos e as necessidades de cada cidadão.

Contudo, não são só as normas que fazem a profissão. A formação contínua leva a uma revisão regular das práticas profissionais, contribuindo para o desenvolvimento profissional, aproveitando as oportunidades de aprender com os outros, numa partilha de saberes, em prol de mais-valias nos cuidados de saúde.

Considera-se que os objetivos propostos para este estágio foram atingidos, na medida em que se satisfizeram as necessidades pessoais identificadas inicialmente, correspondentes às orientações da OE, no que diz respeito às competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

A intervenção desenvolvida contribuiu positivamente para a compreensão da vivência da vinculação por parte do pai e da forma como as competências do recém-nascido influenciam essa vivência. Para além deste aspeto, permitiu o desenvolvimento de capacidades e competências, que contribuíram ao nível de sugestões/recomendações para possíveis intervenções futuras e melhoria da prática especializada em SMO, bem como a adoção de uma postura reflexiva acerca das evidências constatadas na prática clínica.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve procurar efetuar um esforço acrescido para promover a participação do pai durante o processo inerente ao nascimento do seu filho, à vivência positiva para a tríade, já que se encontra numa posição privilegiada para fazê-lo e, cada vez mais, o pai acompanhar a mulher durante a gravidez, parto e puerpério.

O tipo e a qualidade das relações interpessoais estabelecidas também desempenharam um papel de grande relevância na supervisão, em contexto de prática clínica, sendo um fator facilitador de aprendizagem.

De salientar, a relação estabelecida com as enfermeiras tutoras, bastante gratificante e significativa no ambiente de trabalho, aumentando a satisfação e o regozijo neste percurso de aprendizagem.

Além do desenvolvimento de competências no cuidar especializado em enfermagem, este ENP proporcionou a articulação e a reflexão sobre as experiências da prática na prestação de cuidados, influenciadas pelo aumento de conhecimentos, promovendo transformação a nível pessoal e profissional com mais competências e capacidades para a prestação de atos de enfermagem especializados, baseados na evidência e fundamentados na teoria e na prática.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, ao vivenciar o cuidar na sua área de intervenção, depara-se constantemente com desafios que impõem uma reflexão em torno do seu objeto de atuação, que os torna profissionais com um espaço único no âmbito da saúde ao serviço da mulher, inserida na família e comunidade.

Referências bibliográficas

American College of Obstetricians and Gynecologists, (2014). *Tasks Force on Hypertension in Pregnancy*. Washington, DC: Women's Health Care Physicians.

Abade, L. (2010). - *Vinculação pré-natal: Contributos da preparação para o parto e parentalidade*. Relatório final do curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Coimbra.

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bee, H. (1984). *A criança em desenvolvimento*. 3ª Ed. São Paulo: Harper & Row do Brasil.

Borges, A., Gouveia, B. (2001). Competências do Recém-nascido. *Servir*, 49 (3), 136-139.

Bower, T. (1983). *Uma introdução ao desenvolvimento da primeira infância*. Lisboa: Moraes Editores.

Bowlby J. (1984). *Apego - A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai e bebé: Impacto da experiência de parto*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Brazelton, T. (2010). *O grande livro da criança - o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 12ª edição. Queluz de Baixo: Editorial Presença.

Brazelton, B., Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar

Brazelton, T. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Terramar: Lisboa

Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. 2ª Edição. Cambridge: Da Capo Press.

Calais-Germain, B., Parés, N. (2015). *Parir en movimiento: las movilidades de la pelvis en el parto*. 3ª Edição. Barcelona: La Liebre de Marzo, S.L.

- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade: Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, 5 (2), 39-49.
- Cardoso, A. (2014). *Torna-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre as competências parentais*. Saarbrücken: novas edições académicas.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Colman, L.& Colman, A. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP. Versão 2.*, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Cunha, V. (2013). *Cuidados de Enfermagem Promotores da Vinculação do Pai e do Bebé no Parto e Pós-parto*. Dissertação de Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Delfino, C. (2012). *Ligação Pais/filho: Contributo para o processo de vinculação - Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do processo de vinculação entre Pais/ filho*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Diniz, C. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, 19 (2), 313-326.
- Duarte, G., et al. (2008). Infecções urinárias na gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 30 (2), 93-100.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo da Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gasparetto, S. & Bussab, V. (2000). Padrões e estados comportamentais de recém-nascidos durante o banho em maternidade: possibilidades de regulação e trocas sociais. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento*. Sumé, São Paulo, 10 (1), 41-48.

Gomes Pedro, J. (1986). Competências e comportamentos do recém-nascido: modo e significado da sua avaliação. *Acta Médica Portuguesa*. 7: 207-214.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel.

Hockenberry, M.J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Katheryn F., Frazier, R., Scharf, J. (2015). Parent-Infant Attachment. *Pediatrics in Review*, 36 (1) 41-42.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. Nova Iorque, USA: Lusodidata.

Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Clempsi editores.

Martins, C. (2008). *Transição para a Parentalidade. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Meier, R. (2016). The development of secure attachment in babies and young children: a review of research. *Early Childhood Research Quarterly*, 36 (3), 23-26.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 18-21.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Min, A. K., Shin-Jeong, K. & Haeryun, C. (2016). Effects of tactile stimulation by fathers on physiological responses and paternal attachment in infants in the NICU: A pilot study. *Journal of Child Health Care* 2017, 21(1), 36–45.

Montagner, H. (2009). *A Árvore Criança: uma Nova Abordagem do Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: Instituto Piaget.

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel.

Moura, M. & Ribas, A. (2004). *O bebé do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Natal, S. & Martins, R. (2011). *Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono*. Millenium, 40 (4), 39-51.

Neilson, J. P., (2013). *Fetal ECG for fetal monitoring during labor*. Cochrane database os systematic reviews.

Néné, M.; Sequeira, C. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *Pain and bleeding in early pregnancy*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg154/documents/documents/pain-and-bleeding-in-early-pregnancy-draft-guideline2>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005) Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). *Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República n.º 35 - 2.ª série, 8662-8666. Lisboa.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau .

Perdomini, F. (2010). *A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento*. Dissertação de Tese de Mestrado. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pereira, M. (2009). *O primeiro contacto pai-bebé: um olhar sobre as práticas de enfermagem*. Dissertação de Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Pestvenidze, E. Bohrer, M. (2007). *Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia*. *Global public health*. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=9&sid=1fa79457-1af3-46b6-91c7-af8fbe88ec0%40sessionmgr11>

Pina Cabral, I. (2005). *Morte e luto na gravidez e puerpério - Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século.

Portugal. Decreto-Lei n.º 183/2008 de 04 de Setembro. (2008). *Diário da República*, n.º 171/2008 – I Série. 2008. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. D. G. S. (2016). *Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Posner, G. D., et al. (2014). *Trabalho de parto e parto*. 6ª Edição. Porto Alegre: AMGH Editora.

Reis, N. (2006). Com a Vista na Ponta dos Dedos. In Rosa, J. & Sousa, S. *Caderno do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Ribeiro, J. (2011). *A Percepção dos Pais sobre as Competências dos Bebês* – Dissertação de Tese de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rolim, L., Canavarro, M. C. (2001). *Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério - Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebê*. 2ª Edição. Lisboa: Fim de Século Edições.

Schmidt, E. (2009) – *Vinculação da gestante e apego materno fetal*. Paidea, disponível em: www.scielo.br/paidea

Silva, A. (2006). *Cuidar do Recém-Nascido – O Enfermeiro Como Promotor Das Competências Parentais* - Dissertação de Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta De Lisboa



Silva, N. (2014). *Teoria da vinculação: Mestrado Integrado em Medicina – Psiquiatria e Saúde Mental*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto.

WHO and UNICEF. (2008). *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care*. Background and implementation.

WHO (2013). *Recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da ULSAM

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 37/2017 -CES	 Pág. 1 de 1
---	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: -	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Promoção da Vinculação Pai-Recém-Nascido nas primeiras horas de vida.	Em nome do(s) investigador(es): Leonor Parente Carvalhido, Enfermeira, Mestrado em Saúde Materna e Obstetria/Ginecologia da ESS Viana do Castelo.

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para realizar uma intervenção no bloco de partos, do serviço de Obstetrícia do HSL, pretendendo-se nessa intervenção contactar os pais, de forma a capacitá-los para identificar as competências do recém-nascido. Aí será marcada uma entrevista semiestruturada, a realizar nas primeiras 24 horas após o parto. Pretende-se promover a vinculação pai R/N nas primeiras horas de vida e identificar os conhecimentos dos pais sobre as competências do R/N.

2. Fundamentação

A parentalidade é caracterizada por um conjunto de comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações que preparem para ser mãe ou pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados. O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, na procura de uma transição bem-sucedida. Para tal, é necessário estar atento às questões que nem sempre estão explícitas, isto é, às reais necessidades deste pai/casal, com o objetivo de elogiar as suas habilidades parentais e promover assim o seu bem-estar emocional.

3. Conclusão/parecer

O projeto está conforme as exigências do Mod. Q755, CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de parecer favorável à sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Alda Felgueiras
Ratificado em reunião do dia	14-09-2017
Enviado parecer: ____/____/____	

14/09/2017 O Presidente da CES

Assinatura do Presidente da CES

Cristina Roque
Diretora Clínica

Assinatura do Investigador: 29/09/2017



APÊNDICES

Apêndice A – Consentimento Informado

Exmo. Senhor:

Sou enfermeira e estou a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional pretendo efetuar uma intervenção sobre o processo de vinculação e competências do recém-nascido nas primeiras horas de vida.

Assim, pretendo obter o seu consentimento para ser participante desta intervenção e posterior realização de entrevista para colheita de dados, de forma a concretizar os meus objetivos para esta etapa de desenvolvimento. Esta entrevista será gravada tendo em conta as normas de confidencialidade.

Saliento que este trabalho se refere **apenas à sua participação sobre as competências do recém-nascido nas primeiras horas de vida**. Ao responder às perguntas, faça-o com a maior honestidade possível e o mais próximo da realidade.

A informação gravada é de caráter confidencial, pelo que será assegurado a sua privacidade e proteção de dados. Os resultados obtidos, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2017

(assinatura do participante)

Obrigado pela sua participação.

Apêndice B – Guião da Entrevista Semiestruturada

Dados de Caracterização Sócio-demográfica

1. Idade (anos) _____

2. Localidade _____

3. Estado civil:

- Casado/União de facto
- Solteiro
- Divorciado
- Viúvo

4. Escolaridade

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Profissão _____

6. Frequentou o curso de Preparação para o Parto e Parentalidade?

- Sim
- Não

GUIÃO ENTREVISTA ADMISSÃO AO CASAL:

Objetivos	Questões
Compreender o significado de vinculação atribuído pelo pai;	O que sabe sobre vinculação? O que é para si a vinculação?

Identificar os conhecimentos do pai acerca das competências do recém-nascido promotoras da vinculação;	Quais os conhecimentos que tem acerca das competências do recém-nascido? (ouvir, dirigir olhar, paladar, ...)
--	--

GUIÃO ENTREVISTA PÓS NASCIMENTO:

Objetivos	Questões
Descrever a vivência do pai sobre vinculação nas primeiras horas de vida	Fale-me da sua experiência com o seu filho. Em termos de vinculação, como vivenciou esses momentos?
Descrever o conhecimento do pai acerca das competências do recém-nascido promotoras da vinculação;	Que competências identificou no seu recém-nascido?
Identificar condições facilitadoras da vinculação pai-recém-nascido nas primeiras horas de vida	Quais os recursos que facilitaram esta aprendizagem relativa às competências do recém-nascido?
Identificar condições dificultadoras da vinculação pai-recém-nascido nas primeiras horas de vida.	Quais os constrangimentos/dificuldades que sentiu nestas primeiras horas de vida do seu recém-nascido?

Apêndice C – Pedido de autorização Comissão de Ética

Exmos. Srs. da Comissão de Ética da ULSAM

Assunto: Pedido de autorização para realização de uma intervenção

Viana do Castelo, 10 de Julho de 2017

Eu, Leonor Parente Carvalhido, no âmbito da parte interventiva do Estágio de Natureza Profissional, integrado no II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a autorização para a realização de uma intervenção no Serviço de Obstetrícia, mais propriamente no bloco de partos, sob a orientação da Professora Augusta Delgado, com o tema “Promoção da vinculação pai – recém-nascido nas primeiras horas de vida”.

Nesta intervenção pretende-se contactar com os pais no bloco de partos, informá-los dos objetivos do estudo, assegurar a confidencialidade e convidá-los a participar. Após o consentimento informado os pais participarão numa secção de formação/informação de forma a estarem capacitados para identificar as competências do recém-nascido. Posteriormente, é marcado com os pais um momento para a realização de uma entrevista, nas primeiras 24 horas pós-parto.

Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob o compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Para avaliação pela Comissão de Ética segue em anexo o projeto do Estágio de Natureza Profissional com o respetivo guião da entrevista, o Consentimento Informado e a declaração da Orientadora de Estágio. Agradece-se a atenção disponibilizada e aguarda-se deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

(Leonor Parente Carvalhido)

Apêndice D - Matriz da redução dos dados

Entrevista inicial no momento de admissão ao casal

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Significado de vinculação atribuído pelo pai no momento de admissão	Ligação ao feto imaginário	<p>“Apesar de saber que ia ser pai e sentir o bebê na barriga da minha namorada, não passa disso” E2</p> <p>“Vincular é o ato de se prender. Pressuponho que nos recém-nascidos, logo desde o nascimento seja estabelecida uma relação entre eles e os pais/família (...) Amar alguém que é um ser idealizado” E3</p> <p>“Falámos disso nas aulas de preparação para o parto e parentalidade mas não vejo como é que isto se aplica na vida real. Até ao momento do nascimento está tudo no campo do imaginário” E4</p> <p>“O recém-nascido, na minha ótica de futuro pai, convém ter uma forte vinculação com os pais (...) nos primeiros tempos penso que desenvolve um forte vínculo com a mãe devido a vários fatores entre os quais o facto de o alimentar” E9</p>
	Sem conhecimento	<p>“Pressupõe um vínculo, certo? Mas se me pede para dizer ao certo o que isso é eu não sei” E1</p> <p>“Vinculação não me lembro de ler nada” E5</p> <p>“Vinculação? Não faco a mais pequena ideia do que isso seja.” E6</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre isso nas aulas de preparação para o parto mas sou sincero que já não me lembro muito bem” E7</p>

		<p>“Não sei nada de nada” E8</p>
<p>Conhecimentos do pai acerca das competências do recém-nascido promotoras da vinculação</p>	<p>Com conhecimento</p>	<p>“Há quem diga que eles no início não conseguem visualizar as pessoas. Contudo, já li em alguns documentos que eles conseguem ver cerca de 30cm – distância da cara da mãe à mama” E3</p> <p>“Foi falado nas aulas que ele consegue ver cerca de 30 cm (...) mas só veem sombras” E4</p> <p>“Audição penso que ele tem uma audição boa (...) dirigir o olhar mas penso que o recém-nascido não vê lá muito bem” E9</p>
	<p>Sem conhecimentos</p>	<p>“Nas aulas de preparação para o parto realmente falaram que o bebé vê mas sou sincero ao dizer que para mim eles só comem e dorme” E1</p> <p>“Comer, dormir, chorar e trocar fraldas” E2</p> <p>“Competências comportamentais vou ser sincero e não faço ideia” E6</p> <p>“Já me apercebi de algumas competências porque tenho um sobrinho mas sou sincero que isso me parecem atos involuntários” E7</p> <p>“Não sei nada de especial” E8</p>

Entrevista pós nascimento do recém-nascido

Categoria	Subcategorias	Unidades de análise
Vivência do pai na vinculação ao recém-nascido pós nascimento	Percepção da vinculação com o recém-nascido real	<p>“Apesar das poucas horas de vida dele, saber que o meu filho nos ouve e conhece é muito bom” E1</p> <p>“Agora que o posso ver e sentir isso mudou” E2</p> <p>“Sem dúvida que agora que está cá fora é mais fácil para mim entender isto da vinculação (...) como é possível gostar tanto de um bebé assim tão pequenino e com tão poucas horas de vida” E3</p> <p>“Agora é real. Posso vê-la tocar-lhe... e por mais estranho que pareça dá para interagir. À maneira dela mas dá” E4</p>
	Competências do recém-nascido	<p>“Todas estas coisas que ele é capaz de fazer faz crescer um sentimento muito bom (...) é mais fácil sentir esta ligação do que conseguir explicá-la” E5</p> <p>“Para nós é tudo novidade. Mas estas pequenas grandes habilidades trazem uma forma de gostar diferente de todas as outras. Ontem falávamos que éramos 2 e agora somos 3 (...) agora vejo que esta mudança é muito boa” E6</p> <p>“Não estava à espera de ver tanta habilidade na M. e acho que estas pequenas/grandes competências dela facilitam a nossa aproximação. Ver que um bebé é muito mais do que comer e dormir ajuda neste processo em que passamos a ser três” E7</p>

		<p>“Agora tem uma cara e interage connosco embora que à maneira dela” E8</p>
<p>Competências do recém-nascido promotoras da vinculação reconhecidas pelo pai</p>	<p>Audição</p>	<p>“Tinha razão quando falou connosco...ele segue a nossa voz” E1</p> <p>“Também acho engraçado ele tentar dirigir o olhar para os locais de onde ouve as nossas vozes” E2</p> <p>“A audição já vem desde a barriga. Reagia muito bem à música e agora também já experimentamos e acalma o choro. Para ser sincero acho que ela consegue diferenciar os sons, pelo menos reage melhor à minha voz e da mãe do que à dos nossos familiares (...) quando cai alguma coisa parece que se assusta” E7</p> <p>“Também faz umas caretas muito engraçadas quando estamos a falar para ela, do género “eu estou a ouvir o que estas para aí a dizer. (...) se eu me puser a assobiar ela para o que está a fazer mesmo quando está a mamar. Portanto surda não é.” E8</p>
	<p>Visão</p>	<p>“Também acho engraçado ele tentar dirigir o olhar para os locais de onde ouve as nossas vozes. E fica com um olhar sério como se estivesse a compreender o que estamos a dizer” E2</p> <p>“A mãe fala para ela e nota-se que olha (...) mesmo quando está a mamar mantém contacto visual e sempre de olho aberto.” E3</p> <p>“O olhar e a audição foi sem dúvida o que mais me marcou. Olhos bem abertos e até dá um jeitinho à cabeça como se estivesse a prestar atenção ao que lhe dizemos” E5</p>

		<p>“Por exemplo no teste da pediatra aos olhos foi de rir, só pestanejava. Ninguém gosta de levar com luz nos olhos.” E6</p> <p>“A visão parece-me ser o sentido menos desenvolvido até porque o olhar é muito vago e pouco direcionado. É como se estivesse a olhar mas não estivesse a ver, se bem que reage à luz. Tirei uma foto com flash e não gostou nada” E7</p> <p>“O olhar sem dúvida que foi o que mais me marcou mal nasceu. Aqueles olhinhos tão abertos, uma perdição” E8</p> <p>“Primeiro tirei de ideia aquele mito urbano em que os recém-nascidos não veem bem, muito pelo contrário, eles já acompanham com o olhar algumas coisas e por vezes tenho a sensação que já encara” E9</p>
	Tato	<p>“Para ser sincero o meu filho veio cheio de habilidades e manhas. Já se nota quando está a mamar ou a fazer da mama chucha” E2</p> <p>“A nível do toque só me apercebo que quando está com o sono mais leve e lhe tocamos se assusta. Assim como se sente mais confortável no meu colo e da mãe do que no das outras pessoas.” E5</p> <p>“A nível do tato não me apercebi de grande coisa, sou sincero. Aperta a mão e gosta muito de colinho.” E7</p>
	Olfato	<p>“A nível do olfato só me pareceu que ela cheira o seio quando está a mamar e encosta-se muito ao pescoço da mãe.” E7</p>

		<p>“Pus aquele álcool que há aí para desinfetar as mãos antes de pegar nela. Devia ter visto a cara feia que fez ao sentir o cheiro. Tenho que deixar secar melhor.” E8</p>
	Paladar	<p>“Às vezes até dá a sensação que está a saborear o leite da mãe” E1</p> <p>“Aquando da inquietação e das cólicas, se é que já é possível tê-las, o degustar da sacarose. Como dizem os populares “o que é doce nunca amargou” E3</p> <p>“Outra coisa que achei extremamente engraçada foi ela não mamar e a enfermeira ter posto umas gotinhas de doce (sacarose) na boca dela. Devia ter visto como mamava na língua” E4</p> <p>“Para o pôr a mamar temos que pôr umas gotas de leite na boca e só depois é que começa a mamar em condições. Nota-se perfeitamente que gosta do sabor do leite” E5</p> <p>“Também me dá a sensação que tem paladar porque se lhe pusermos umas gotinhas de leite na boca ela fica a mamar na língua” E7</p> <p>“Não tinha mesmo noção que eles já conseguiam diferenciar o que é docinho e bom do leite normal da mãe, com o docinho mama mais depressa e com muita fome” E9</p>
	Estados comportamentais	<p>“O mais engraçado é que já se começa a notar alguma diferença no choro, por vezes parece mais irritado e nas outras choro mesmo de miminho” E1</p> <p>“Já me apercebi que tem um sono mais leve e despertável e outro mais profundo” E3</p>

		<p>“Por vezes está no berço a chorar e basta dar-lhe a mão e falar que ele acalma. É incrível” E5</p> <p>“Não é que o raio da rapariga sossega no colo da mãe e no nosso peito. Se estiver a chorar basta aconchegá-la que fica logo sossegada” E6</p> <p>“E depois há o pegar nela ao colo e o choro parar, como se sentisse que nós somos o porto seguro, e somos, embora ela ainda não saiba.” E7</p> <p>“Não tinha noção que os recém-nascidos fossem tão expressivos e subjetivos ao meio em redor deles, assustam-se e só sossegam no conforto dos braços e do nosso mimo” E9</p>
	Reflexos primitivos	<p>“Hoje foi o dia em que foi visto pelo pediatra, até andar eles sabem” E5</p> <p>“A pediatra a fazer os testes todos e num deles parecia que a ia deixar cair. Não sabia que uma bebé tão pequena podia ter sustos (teste de moro) (...) e também andou, é uma pequena habilidosa” E6</p> <p>“Fico deliciado a ver o sorriso dela. Continuo a achar que é involuntário mas sabe bem” E7</p> <p>“As duas coisas que me deixaram perplexo foi o banho e a visita da pediatra (...) ela anda, levanta a cabeça, aperta as mãos, só competências que eu não achava possíveis numa bebé tão pequenina” E8</p>

Condições facilitadoras da vinculação pai-recém-nascido	Apoio das aulas de preparação parto e parentalidade	<p>“As aulas de preparação para o parto e parentalidade” E3</p> <p>“Isto é um misto de muitas coisas (...) o que lemos, o que nos foi transmitido nas aulas de preparação para o parto e os conselhos da família” E5</p> <p>“As aulas de preparação para o parto e os livros que a família nos foi dando “ E6</p>
	Apoio da equipa de enfermagem no internamento	<p>“Mas o que realmente nos tem ajudado são os conselhos práticos das enfermeiras e toda a atenção e dedicação para connosco” E3</p> <p>“Tem valido o apoio das enfermeiras senão não sei como seria (amamentação)” E6</p> <p>“Quero agradecer e enaltecer o excelente trabalho das enfermeiras, sem elas teria sido tudo mais difícil” E9</p>
	Informação do EESMO no início da intervenção	<p>“Sem dúvida a conversa que tivemos sobre as habilidades que estes pequenos têm mal nascem. Ou melhor, ainda dentro da barriga” E1</p> <p>“Sem dúvida que a sua parte também foi fundamental, é importante compreender que um bebé é mais do que um ser que chora, como e dorme” E3</p> <p>“Também não nos podemos esquecer o apoio e a dicas que nos foi dando ontem” E6</p> <p>“O facto de ter falado connosco sobre as competências dos bebés ajudou a que estivéssemos mais atentos ao que ela faz e facilitasse este processo de aprendizagem</p>

		(...) alargou a conversa para além das competências e quero agradecer-lhe por isso” E7
	Competências do recém-nascido	<p>“Para lhe ser sincero isto para já tem sido tudo muito fácil... se chora ou é fome ou é fralda suja. Este menino é um sossego” E2</p> <p>“Nota-se perfeitamente que nos reconhece (...) estou admirado com as coisas que um bebé é capaz de fazer” E5</p> <p>“Nascem com toda parte sensorial a funcionar embora que ainda de forma imatura” E7</p> <p>“Como se sentisse que nós somos o porto seguro, e somos, embora ela ainda não saiba” E7</p> <p>“Só competências que eu nem achava serem possíveis numa bebé tão pequenina” E8</p> <p>“Não tinha noção que os recém-nascidos fossem tão expressivos e subjetivos ao meio em redor deles” E9</p>
Condições dificultadoras na vinculação pai-recém-nascido	Dificuldade de resposta às necessidades do recém-nascido	<p>“Muitas dificuldades (...) não tem sido nada fácil gerir esta parte de pôr a bebé a mamar. Temos que ser nós a acordá-la senão passa muito tempo sem mamar (...) é muita informação ao mesmo tempo. Já era nas aulas e agora piorou” E4</p> <p>“A nossa maior preocupação é a questão da amamentação. Esta miúda consegue tirar qualquer um do sério. Tanto de doce como de malandra” E6</p> <p>“O choro. Quando se lembra de chorar não há quem a pare. Chora tanto e tão alto” E8</p>

		<p>“Por muito que se pesquise nunca se está preparado. A maior preocupação neste momento é saber se a nossa pequena está bem” E9</p>
	Insegurança	<p>“Não saber muito bem o que fazer. Eles deviam nascer com um manual de instruções” E1</p> <p>“A minha maior dificuldade é o choro e não saber o que a pequenina tem. Mas creio que todas estas dúvidas e inseguranças irão valer a pena” E3</p> <p>“Todas estas inseguranças e incertezas das rotinas. Ainda precisamos da aprovação para quase tudo (...) temos medo de não estar a fazer as coisas da forma mais correta” E5</p>

